

H I V感染予防薬受領書

予
防
内
服
者
側
で
準
備
し
予
防
薬
配
置
医
療
機
関
へ
持
参

予防薬配置医療機関

病院長 殿

年 月 日

医療機関の名称：

予防内服者署名
(受領時に記入)：

以下のH I V感染予防薬を〔 〕日分受領しました。
(受領時に記入)

※原則平日は1日分、土日祝日及びその前日は、平日受診が
できるまでの日数とする

[予防薬配置医療機関 記入欄]

提供薬 (○を記入)	薬剤名	1日量	用法	備考
	ビクタルビ (BIC/TAF/FTC)	1錠	1回1錠 1日1回	

予防内服者の確認を以下の書類で行なった (○で囲む)

マイナンバーカード 運転免許証 その他 ()

担当者

※1 予防薬配置医療機関は、当該受領書の控え (コピー) を予防内服者に提供してくだ
さい。

※2 予防内服者はエイズ治療拠点病院を受診する際は、当該受領書の控え (コピー) を
提示してください。