抗 HIV 薬処方依頼書

公立八女総合病院 担当医先生　御机下

|  |  |
| --- | --- |
| 被曝露者 | 氏名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日： 年 月 日性別（ 男 ・ 女 ） 妊娠（ 有 ・ 無 ・ 不明 ） 現在服用中の薬剤：以下について、把握している場合は記入してください。 ※新たな検査は不要・HBｓ抗原（ ＋ , － , 不明 ）・ＨＢｓ抗体（ ＋ , － , 不明 ）・腎機能低下（ あり （病名　　　　　　　　　　　　　 ） , なし , 不明 ） |
| 状 況 | 発生日時：令和 年 月 日 時 分内 容：針刺し・鋭利物による受傷・粘膜曝露・正常でない皮膚への曝露 その他（ ）曝露由来患者の病状（ 　HIV 陽性 ・ HIV 陽性疑 ） |

上記の者は、HIV 感染のおそれがあり予防内服について同意したため、抗 HIV 薬の処方 を依頼します。

令和 年 月 日

医療機関名または施設の名称

 　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名または施設の所在地

 　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 （TEL）

医師または施設長