

年 月 日

病院長 殿

医療機関所在地

医療機関名

電話番号

担当医（署名）

印

H I V曝露事故後の感染予防薬提供依頼書

次のとおりH I V曝露事故が発生しましたので、山梨県から貴院に配置された予防薬等を分与いただくようお願いします。

1 事故の状況

発生日時	年 月 日 時
事故の内容	針刺し・切創・粘膜汚染・皮膚汚染・その他（ ）
患者（曝露源） の状況	<input type="checkbox"/> H I V陽性（血中HIV-RNA _____コピー/ml・不明） <input type="checkbox"/> H I V感染が強く疑われる （理由） <input type="checkbox"/> 不明

2 被曝露者

氏 名	
生年月日	(T・S・H) 年 月 日 (歳)
性 別	男 ・ 女
妊 娠	有 ・ 無
活動性B型肝炎	有 ・ 無
現在服薬中の薬剤	有 ・ 無
	「有」の場合、薬剤名
予防薬服用の理解	<input type="checkbox"/> H I V曝露事故後の抗H I V薬の予防服用について、その利益と不利益を理解している。