**ＨＩＶ感染予防薬提供依頼書**

ＨＩＶ感染予防薬配置医療機関

　　　　　　　　　　　　病院長　殿

　この度、当施設の職員がＨＩＶ抗体陽性者の体液に曝露しました。

　つきましては、HIV感染予防のための内服薬の提供をお願いいたします。

　なお、血液検査を実施した場合の費用等については、当施設が責任をもって対応します。

|  |  |
| --- | --- |
| 職員名（生年月日） | 　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生） |
| 性　別（妊娠の有無） | 男　　・　　女　　（妊娠　有　・　無　・　不明　）　　　　　　　　　　※女性の場合に記入 |
| 所属部署 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 参考情報 | 事故発生日時 | 年　　月　　日　　時　　分 |
| 事故内容 | 針刺し・切創・粘膜汚染・皮膚汚染 |
| その他 |  |

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 予防薬提供希望医療機関等の名称 | ： |
| 所在地 | ： |
| 電話番号 | ： |
| 施設長署名 | ： |

　　　　※施設長署名は事後可　署名後必ず提出して下さい。