**ＨＩＶ感染予防薬受領書**

曝露当事者側で準備し予防薬配置医療機関へ持参

以下のＨＩＶ感染予防薬を［　　　　］日分受領しました。

**※①または②、及び③の2種類の薬剤を受領する**

(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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬剤名 | １日量 | 用法 |
| ①デシコビHT配合錠（TAF/FTC） | １錠 | １回１錠　　　　　１日１回 |
| ②ツルバダ配合錠（TDF/FTC） | １錠 | １回１錠　　　　　１日１回 |
| ③アイセントレス錠（RAL） | ２錠 | １回１錠　　　　　１日２回 |

　ＨＩＶ感染予防薬配置医療機関

　　　　　　　　　　　　　病院長 殿

　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 予防薬提供希望  医療機関等の名称： |  |
| 曝露当事者署名  (受領時に記入)： |  |

［ＨＩＶ感染予防薬配置医療機関 記載欄］

以下のことを行った場合、チェックしてください。

　□　曝露当事者の本人確認（　運転免許証　　健康保険証　　その他（　　　　　　　）　）

　　　　　　　　　　　　　　※該当するものを○で囲む。

　□　エイズ治療拠点病院への連絡

（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（病院担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配置医療機関名 |  | 担当  医師名 |  |

※署名

※１　ＨＩＶ感染予防薬配置医療機関は、当該受領書の控え（コピー）を曝露当事者に提供してください。

　※２　曝露当事者は、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。