

様式①

予防薬提供希望医療機関→予防薬配置医療機関 [保管]

依 頼 書

予防薬配置医療機関

留萌市立病院長 殿

この度、当医療機関の職員が患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。

職員名			性別	男・女
生年月日	年	月	日	妊娠の有無 (※女性の方) 有・無 (第 週目)
住所				
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		
	原因患者の病状	HIV抗体陽性・HIV抗体陽性疑・不明		
	留萌市立病院 受診歴	☐ あり 診察券番号 () ☐ なし		

年 月 日

医 療 機 関 名 :

所 在 地 :

電 話 番 号 :

依頼医療機関医師署名 :