

様式②

予防薬提供希望医療機関→予防薬配置医療機関 [保管]

<取扱注意>

HIV感染予防薬内服同意書

私は、HIV感染予防薬の内服における利益と不利益について説明を受け、
妊婦の服用は胎児への影響について不明である点を含め、十分に理解しました。
私は、自らの意志により予防内服を希望します。

年 月 日

予防薬配置医療機関
留萌市立病院長 殿

医 療 機 関 名 :

予防内服希望者署名 :