

HIV感染予防薬受領書

予防薬配置医療機関

留萌市立病院長 殿

年 月 日

医療機関名：

受領者署名：
(受領時に記入)

以下のHIV感染予防薬を [] 日分受領しました。
(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・用量
デシコビHT (TAF/FTC)	1錠	1回1錠 1日1回
アイセントレス400mg (RAL)	2錠	1回1錠 1日2回

[予防薬配置医療機関 記入欄]

予防内服受領者の確認を以下の書類で行なった (○で囲む)

マイナンバーカード・保険証・運転免許証・その他 ()

担当者

(※1) 予防薬配置医療機関は、当該受領書の控え (コピー) を予防内服受領者に提供してください。

(※2) 予防内服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。

予防内服者側で準備し予防薬配置医療機関へ持参