

H I V感染予防薬受領書

以下のH I V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
デシコビ配合錠HT	1錠	1回1錠 1日1回
アイセントレス錠 (RAL)	2錠	1回1錠 1日2回

病院長 殿

年 月 日

医療機関名 :

予防内服者署名
(受領時に記入) :

[予防薬配置医療機関 記入欄]

予防内服者の確認を以下の書類で行なった (○で囲む)

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。