

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。

※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
ソルバダ (TDF/FTC)	1錠	1回1錠 1日1回
アイセントレス (RAL)	2錠	1回1錠 1日2回

予防薬配置医療機関

病院長 様

年 月 日

施設名 : _____

受領者署名
(受領時に記入) : _____ (本人・代理人)

予
防
内
服
者
側
で
準
備
し
予
防
薬
配
置
医
療
機
関
へ
持
参

[予防薬配置医療機関 記入欄]

受領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