様式４　　一般医療機関等　→　予防薬配置医療機関［保管］

ＨＩＶ感染予防薬受領書

予防内服者側で準備し予防薬配置医療機関へ持参

以下のＨＩＶ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
デシコビHT（TAF/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	