

H I V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
ビクタルビ®配合錠 (BIC/TAF/FTC)	1錠	1回1錠 1日1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	
-----	--