

H I V 予防内服用投薬箋

※ この処方箋は、H I V陽性またはその可能性がある血液・体液に曝露された時以外は使用できません。

依頼日：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

【曝露者】

医療機関名： _____

氏 名： _____

【処方医師】(曝露者所属医療機関の医師)

医療機関名： _____

医療機関住所： _____

氏 名： _____

【処 方】

ビクトルビ配合錠 1日1回1錠 _____ 日分

- ・ 医師の指示通り
- ・ 初回投与時は受取後すぐ
- ・ 2回目以降の投与は24時間ごと
- ・ その他

薬剤師



この用紙は、曝露者所属医療機関の医師が記入し、

「原本」は曝露者所属医療機関で保管

「写し」は予防薬配置医療機関の薬剤部で保管してください。