【様式３】（針刺し事故等発生医療機関記載）

予防薬配置医療機関の長　様

HIV感染予防薬提供依頼書

次の者は、当院内での事故によりHIV感染のおそれがあり、予防服用について希望がありましたので、栃木県が所有する予防薬の提供を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | 氏名　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　　月　　　日  性別（ 男 ・ 女 ）  現在服用中の薬剤　： |
| 事故の状況 | 発生日時　　　　　　　　年　　　　月　　　　時　　　分  事故内容　　 ・針刺し 　・切創　 ・粘膜汚染　 ・皮膚汚染  原因患者 　　・HIV抗体陽性　　・HIV抗体陽性疑 |

　　　　医療機関所在地

　　　　医療機関名

　　　　管　理　者　名

　　　　　　　　　　　　　　　　連　　絡　　先

　　　　　　　　　　　　　　　（担　当　者　名）