

(別紙参考様式3)

診療情報提供書

(エイズ治療拠点病院) _____ 病院 担当医 殿

被曝露者	氏名: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別(男・女) _____ 妊娠(有・無・不明) _____ 現在服用中の薬剤: 以下について、把握している場合は記入してください。※ <u>新たな検査は不要</u> ・HBs抗原(+, -, 不明) ・HBs抗体(+, -, 不明) ・腎機能低下(あり(病名 _____), なし, 不明)
状 況	発生日時: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 内 容: 針刺し・鋭利物による受傷・粘膜曝露・正常でない皮膚への曝露 その他(_____) 曝露由来患者の病状(HIV 陽性 ・ HIV 陽性疑)

この度、上記により血液等の曝露事象への対応として抗 HIV 薬の処方を行いました。
つきましては、今後の継続内服についてご対応いただきますようお願いいたします。

処方内容	薬剤名: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 内服済み
------	--

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

所在地 _____

連絡先(TEL) _____

医 師 _____

印 _____