

抗H I V薬予防服用同意書

協力医療機関 管理者 様

私は、H I V曝露事象後における抗H I V薬予防服用の利益と不利益について、十分理解しましたので、自らの意思により、抗H I V薬の予防服用を希望します。

【確認事項】

- 予防服用の意義を理解しました。
- 予防服用する抗H I V薬および起こりうる副作用を理解しました。
- 予防服用にあたっての注意点を理解しました。

(※ 説明文書等をよく読み、予防服用に同意する場合は、□にチェックを入れ、以下の欄に署名してください。)

令和 年 月 日

署 名 (被曝露者) _____