

(様式1)

取 扱 注 意

予防薬服用同意書

私は、H I V感染血液等曝露後の予防服用について説明を受け、十分に理解しました（服用上の注意、副作用、妊婦への安全性等）。

私は、自らの意志により以下の予防薬の服用を希望します。

服用希望予防薬

ビクトルビ配合錠（ビクテグラビルナトリウム・エムトリシタビン・テノホビルアラフ
ェナミドフマル酸塩配合剤）

病院長 様

年 月 日

本人署名 _____