

## HIV 感染予防薬受領書

以下の HIV 感染予防薬を 4 日分受領しました。

薬剤名	1 日量	用法
ツルバダ (FTC/TDF)	1 錠	1 日 1 回 1 回 1 錠 24 時間おき
アイセントレス 400 mg (RAL)	2 錠	1 日 2 回 1 回 1 錠 12 時間おき

予防薬配置医療機関

旭川赤十字病院長 様

年 月 日

施設名 : \_\_\_\_\_

受領者署名 : \_\_\_\_\_ (本人・代理人)

(受領時に記入)

[旭川赤十字病院 記入欄]

受領者の確認を以下の書類で行った (○で囲む)

保険証 運転免許証 その他 ( )

担当者