依頼科：@PATIENTFORMALSECTIONNAME

　　　　@PATIENTWARD病棟　@PATIENTROOM号室

ID No.：@PATIENTID

氏 名 ：@PATIENTNAME

生年月日：@PATIENTBIRTH

**ＨＩＶ予防服用同意書**

　　説明医師：@PATIENTFORMALSECTIONNAME　　氏名　@USERNAME

私は、@SYSDATE、職業的曝露後のHIV感染防止のための予防服用における利益と副作用による不利益についての説明を受け、妊婦への安全性が確認されていないことを含め、十分に理解しました。

私は、自らの意志により予防服用を

□　希望します。

□　希望しません。

　　　　 年　　　　月　　　　日

職員氏名：　　　　　　　　　　　　　　印

代諾者・同席者（どちらかを○で囲む）

氏　名：

患者との続柄：

@HOSPITALATTACHED@HOSPITALNAME

提出先：安全衛生管理室→診療録管理室