(別紙５)

**抗HIV予防薬・妊娠検査薬使用報告書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

滋賀県健康医療福祉部感染症主管課長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（報告者）

医療機関名：

担当者：

　滋賀県で配置している、抗HIV予防薬、妊娠検査薬を下記理由で使用しましたので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 使用日 | 年　　月　　日 |
| 使用者の職種 |  |
| 使用状況(詳細に) |  |
| 受診予定日  医療機関 | 年　　　月　　　日 |

確認後、チェックしてください。

□　別紙1により、内服希望を確認しました。

□　初回投薬を確認しました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 使用量 | 残量 |
| デシコビ配合錠HT | 錠 | 錠 |
| テビケイ | 錠 | 錠 |
| 妊娠検査薬 | 個 | 個 |

**報告先**

滋賀県健康医療福祉部感染症主管課

電話：077-528-3632 FAX:077-528-4866

メール：kansen@pref.shiga.lg.jp