

平成 27 年度 中核拠点病院連絡調整員連絡会議資料

() ブロック () 都・道・府・県
 施設名
 担当看護師氏名 ()

1 診療状況について

(1) 登録患者数 名 (2015 年 12 月末まで)

性別	①男性	名	②女性	名
病期	①AC	名	②AIDS	名
国籍	①日本	名	②外国籍	名
感染経路別*	①異性間性的接触	名	②同性間・両性間性的接触	名
	③輸血・血液製剤等	名	④母子感染	名
	⑤静注薬物使用	名	⑥不明・その他	名

*薬害エイズ被害者（2次・3次感染者含む）は、③で数えてください。

- (2) 2015 年 1 年間の新規患者数 (名)
 (3) 2015 年 1 年間の薬害エイズ被害者受診の有無 (有り ・ 無し)
 (4) 2015 年 1 年間の入院患者の有無 (有り ・ 無し)

2 診療体制について

職種	医師	看護師	薬剤師	MSW	カウンセラー	個室
有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
数	名	名	名	名	名	カ所
配置*		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任				

*他職種は分かる範囲で記入してください。

3 研修について (2015 年度分をお願いします)

- (1) 研修受け入れ状況 (②以降は、研修名を記載してください)
 ①HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業 有り ・ 無し
 ②
 (2) 参加状況 (②以降は、研修名を記載してください)
 ①中核拠点病院連絡調整員養成事業 有り ・ 無し
 ②

4 都道府県との連携について

(取り組みをご紹介ください)