

(様式2)

HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
支援チーム派遣要請書

平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団  
理事長 白 阪 琢 磨 様

(派遣要請者)

事業所名

代表者氏名

印

平成30年度 HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業（支援チーム派遣）の実施について、下記のとおり派遣を要請します。

|                   |         |                                      |    |   |
|-------------------|---------|--------------------------------------|----|---|
| 事業所の情報            |         | 住所：〒<br>事務担当者氏名：<br>電話番号：<br>E-mail： |    |   |
| 患者の<br>基本<br>情報   | 性別      | 男 ・ 女                                | 年齢 | 歳 |
|                   | 傷病名     |                                      |    |   |
|                   | 現在の処方   |                                      |    |   |
|                   | HIV 感染歴 |                                      |    |   |
|                   | その他     | (CD-4、ウイルス量、身体状況など)                  |    |   |
| 支援を必要とする<br>状況・理由 |         |                                      |    |   |