

# 令和元年度 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 (2019 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日本国籍 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) 2019 年 1 年間の新規患者数 ( 名)

(3) 2019 年 1 年間の薬害エイズ被害者受診の有無 ( ☐ 有り ・ ☐ 無し )

(4) 2019 年 1 年間の入院患者の有無 ( ☐ 有り ・ ☐ 無し )

(5) 2019 年 1 年間の死亡者の有無 ( ☐ 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<br><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（予定を含め、2019 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)