

令和5年度 全国中核拠点病院連絡調整員会議

参 加 申 込 書

申込日: 令和 年 月 日

氏 名		ふ り が な	
施 設 名			
所 属 部 署			
活動場所の診療科名			
連 絡 先	TEL: — —	FAX: — —	
連絡用メールアドレス	(0 と o、ハイフンとアンダーバーの区別を明確に)		

【アンケート】

①	看護師としての経験年数	0～3 年未満・3～5 年未満・5～10 年未満・10 年以上
②	HIV 実務の経験年数	0～3 年未満・3～5 年未満・5～10 年未満・10 年以上
③	HIV 看護活動場所	外来 ・ 病棟 ・ 両方
④	あなたが HIV 診療に関わった患者数	0 人 ・ 1～10 人 ・ 11～50 人 ・ 51～100 人・ 101～500 人 ・ 501 人以上
⑤	HIV実務の具体的な活動内容について、実施しているものにマルを付けてください。 その他の内容があれば記載してください。	① 病名告知後のフォロー ② 初診患者への問診 ③ 患者教育・病気の説明 ④ 服薬支援 ⑤ 他者への病名開示支援 ⑥ 未受診者への連絡 ⑦その他.....

HIV 看護について聞いてみたいこと、確認したいことなどがありましたら、ご記入ください。
当日の会議で対応を予定します。

例: 研修について