**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 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| 数 | 　　　　名 | 　　　　名 | 　　　　名 | 　　　　名 | 　　　　名 | 　　　カ所 |
| 配置＊ |  | □専従□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年度分でお願いします）**

（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）