**令和６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） | | |
| 参加方法 | ①　会場での参加　　　　　②　オンラインでの参加 | | |

【アンケート】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |
|  | 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。 |
| 講演「HIV感染症に関する最新情報」で講義「HIV感染症に関する最新情報（仮）」で聞きたいことがありましたら、ご記入ください。事前に講師に伝えます。 |