

様式1

第 号
令和 年 月 日

大阪府健康医療部保健医療室長 様

医療機関名 _____

診療科名 _____

主治医名 _____

エイズ専門相談員の派遣について（依頼）

標記について、下記のとおり依頼します。

記

1. 派遣希望日時 令和 年 月 日 時 分から 時 分

2. 派遣希望場所 _____

3. 連絡先 担当者 _____ 電話 _____

4. 患者番号 _____

※ 注意事項

- ・連絡先の担当者については、主治医以外の方を窓口とする場合にご記入ください。
- ・患者番号については、大阪府健康医療部保健医療室地域保健感染症課の担当者と主治医とが連絡をとる際に使用するものです。主治医名ハイフン番号で記入してください。

(例) ○○病院の大阪太郎医師にかかっている患者の場合

4. 患者番号	大阪太郎	—	1
---------	------	---	---

様式3

患者番号		性別： 男・女	年齢：（ ）歳代
住 所	都道府県 市町村		
医療機関	病院（電話 ）（主治医： ）		
カウンセリング 依頼理由	<ul style="list-style-type: none"> ・検査結果告知 ・告知後フォロー ・ターミナルケア ・その他 		
病状について	当院初診日 年 月 日 HIV陽性確認日 年 月 日 AIDS発症時期 年 月 日 最近のCD4値 年 月 日 AIDSに係る症状（ ） その他の合併症（ ）		
投薬状況	投薬 有（ ） 無		
HIV感染に関する入院歴	入院歴 有（ ） 無		
費用区分	<ul style="list-style-type: none"> ・保険本人（保険名： ） ・保険家族（保険名： ） ・生活保護 ・自費診療 ・その他（ ） 		
家族状況	同居者 有（ ） 無		
患者の心理状態			
その他特記事項			

※ 相談員が参考にしますので、可能な範囲で記入してください。

