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感染症対策課の担当者と主治医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 | ・検査結果告知  　・告知後のフォロ－  　・タ－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 | ・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。様式３の２

相　談　記　録

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者番号

|  |  |
| --- | --- |
| 月　　日 | 相　　談　　内　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |