

(別紙様式1)

令和 年 月 日

社会福祉法人はばたき福祉事業団 様

医療機関（保健所）名

医療機関（保健所）長

印

HIV カウンセラーの派遣について

このことについて、下記のとおり依頼します。

記

- 派遣開始の希望日時 令和 年 月 日 時 分
- 主治医等氏名 _____
- 連絡先 担当者所属・氏名
電 話
- 患者番号等 _____ 病院・保健所 No. _____
年齢 () 性別 (男 ・ 女)

(別紙様式2)

カウンセリング実施記録

病院・保健所

患者番号等 No. _____

令和 年 月分	カウンセラー氏名	
カウンセリング 日 時	内容概略	実施方法 (面接・電話)
第 回	令和 年 月 日 時 分～ 時 分	
第 回	令和 年 月 日 時 分～ 時 分	
第 回	令和 年 月 日 時 分～ 時 分	
第 回	令和 年 月 日 時 分～ 時 分	

<今後の対応等について>

(別紙様式3)

カウンセリング実施記録票

1 医療機関及び患者等番号	保健所/保健センター・病院 No. _____
2 カウンセリング実施月日	令和 年 月 日： 時 分～ 時 分
3 カウンセリング実施場所	市・町・村 病院、その他()
4 主治医等氏名	医師
5 対象患者等の状況	国籍 日本人 外国人(国名：) 性別 男性 女性 年代 10代 20代 30代 40代 50代 その他() 原因別 異性間の性的接触 同性間の性的接触 静注薬物の乱用 母子感染 血液凝固因子製剤による感染 その他 不 明
6 カウンセリングの内容 (個人のプライバシーに関する事項以外の記入できる範囲で記録すること)	
報告者氏名	