HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業

**支援チーム派遣要請書**

　　年　　月　　日

公益財団法人エイズ予防財団

　理事長　　白　阪　琢　磨　　様

（派遣要請者）

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

令和元年度HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業（支援チーム派遣）の実施について、下記のとおり派遣を要請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の情報 | 所在地：〒事務担当者氏名：電話番号：E-mail： |
| 患者の基本情報 | 性　別 | 男　・　女 | 年齢 | 歳 |
| 傷病名 |  |
| 現在の処方 |  |
| HIV感染歴 |  |
| その他 | （CD-4、ウイルス量、身体状況など） |
| 支援を必要とする状況・理由 |  |