

はじめに（受診経路に関して）

- HIV 感染確定例 かつ専門医療機関で治療を受けて安定している → 残葉および希望曜日に応じ、
月曜日ないし木曜日の外来予約を取得
- HIV 感染確定例・エイズ発症例 → 以下の記載欄へ
- HIV 感染が不安（未確定）例 → 総合診療科 通常外来を予約（コールセンター：048-788-2888）
- 医療曝露（針刺し事故） → 迅速な対応が必要（コールセンターから 総合診療科当番を呼び出し）

紹介元医療機関 記載欄（可能な範囲内で記載後、地域医療連携室へ 直通 FAX：048-643-8113）

患者	氏名： 生年月日： 年 月 日 当センターID：	
診療形態	☐ 入院からの転院依頼 ☐ 入院からの外来紹介依頼 ☐ 外来からの外来紹介依頼	紹介元医療機関： 科 電話番号： 担当者：
告知状況	☐ 本人（完全・部分「 」・未） ☐ 親族（ ）（完全・部分「 」・未） ☐ パートナー（完全・部分「 」・未）	キーパーソン： （続柄： ） 緊急連絡先：
スクリーニング 受診勧告	☐ 親族（ ） ☐ パートナー ☐ 未	
診断・検査	☐ HIV 抗体（スクリーニング） 月 日 ☐ HIV 抗原・抗体（確認検査） 月 日	☐ CD4： / μ L 月 日 ☐ HIV-RNA： copies/mL
感染経路	☐ 不明 ☐ MSM（ ☐ 特定 ☐ 不特定 ） ☐ 親族	
HIV 治療内容	治療： ☐ あり（ ☐ 過去にあり） ☐ なし 治療レジメン：	
日和見感染症 検査・治療	PCP： ☐ なし ☐ 治療中 ☐ 治療後 （治療内容： ☐ ST 合剤 ☐ その他 ☐ ステロイド） ☐ CMV 検査 ☐ 結核（IGRA） ☐ クリプトコッカス その他：	肺炎時：抗酸菌検査必須 （三連痰： ☐ ☐ ☐ ） ☐ 頭部画像診断 ☐ 眼底検査 ☐ 腰椎穿刺
STIs	☐ HBV ☐ 梅毒（ ☐ 既往 ☐ 未治療） その他：	
その他合併症	☐ 悪性腫瘍（ ☐ 悪性リンパ腫 ☐ その他）、 ☐ 生活習慣病（ ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 慢性腎臓病 ☐ 糖尿病）、 ☐ 認知症、 ☐ 喫煙、 ☐ その他（ ）	
当センター記載欄		
受入れ形態	☐ 直ちに転院（病棟： ☐ 病棟連絡） ☐ 早めの外来（予約： 月 日 時 ） ☐ 通常外来（予約： 月 日 時 ）	対応者：（ ） 記載日： 月 日