

# 令和5年度 中核拠点病院連絡調整員連絡会議資料

( ) ブロック ( ) 都・道・府・県  
 施設名 ( )  
 担当看護師氏名 ( )

## 1 診療体制について

| 職種        | 医師                                                         | 看護師                                                        | 薬剤師                                                        | MSW                                                        | カウンセラー                                                     | 個室                                                    |
|-----------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 有無        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 数         | 名                                                          | 名                                                          | 名                                                          | 名                                                          | 名                                                          | カ所                                                    |
| 配置*       | <input type="checkbox"/> 専従<br><input type="checkbox"/> 専任 | <input type="checkbox"/> 専従<br><input type="checkbox"/> 専任 | <input type="checkbox"/> 専従<br><input type="checkbox"/> 専任 | <input type="checkbox"/> 専従<br><input type="checkbox"/> 専任 | <input type="checkbox"/> 専従<br><input type="checkbox"/> 専任 |                                                       |
| チーム医療加算算定 | <input type="checkbox"/> 有                                 | <input type="checkbox"/> 無（理由 )                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                       |

## 2 患者状況について

### (1) これまでの実績について（2023年12月末時点）

|              |                                                           |
|--------------|-----------------------------------------------------------|
| ① 薬害被害者の診療実績 | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し |
| ② 透析導入症例の有無  | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し |
| ③ 出産症例の有無    | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し |
| ④ 地域支援者導入の有無 | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し |
| ⑤ 施設入所症例の有無  | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し |
| ⑥ 死亡症例の有無    | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し |

### (2) 2023年1年間について

|              |                                                                                                            |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 定期受診者数（概数） | ( ) 人                                                                                                      |
| ② 薬害被害者の通院   | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し                                                  |
| ③ 新規患者数      | ( ) 人                                                                                                      |
| ④ 入院患者の有無    | <input type="checkbox"/> 有り(HIV 関連疾病)・ <input type="checkbox"/> 有り(HIV 非関連疾病)・ <input type="checkbox"/> 無し |
| ⑤ 透析導入症例の有無  | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し                                                  |
| ⑥ 出産症例の有無    | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し                                                  |
| ⑦ 地域支援者導入の有無 | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し                                                  |
| ⑧ 施設入所者の有無   | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し                                                  |
| ⑨ 死亡症例の有無    | <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し                                                  |

## 3 研修について（予定を含め、2023年度分でお願いします）

### (1) 実施している研修について

- ① HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業 ☐ 有り ・ ☐ 無し  
 ② 院内 HIV 研修会 ☐ 有り ・ ☐ 無し  
 ③ 院外医療機関向け HIV 研修会 ☐ 有り ・ ☐ 無し  
 ④ 院外介護・福祉関連施設向け HIV 研修会 ☐ 有り ・ ☐ 無し

### (2) 受講した研修名 ( )

### (3) 2024年度中核拠点病院連絡調整員養成事業参加希望 ☐ 有り ・ ☐ 無し

## 4 都道府県との連携について（予定を含め、2023年度分でお願いします）

（取り組みをご紹介ください）