

**令和2年6月30日(火)までにご回答をお願いいたします。**

送付先：国立研究開発法人 国立国際医療研究センター ACC医療情報室 行  
 (Mail: acc-info@acc.ncgm.go.jp FAX:03-3208-4244)

## HIV感染者・エイズ患者の受診状況等調査

拠点病院名		担当部署名	
担当者名		担当者 mail	
電話番号		FAX 番号	

1 **平成31年4月1日～令和2年3月31日**の期間内に、  
 貴院に受診されたHIV感染者・エイズ患者数(実人数)について記載ください。

	<b>期間中の総受診者数</b>	左記①総受診者数のうち、 <b>期間中の新規受診者数</b>
HIV感染者・エイズ患者数 (入院患者を含む)	① _____ 人	_____ 人



上記①受診者数のうち、 <b>血液製剤由来</b> HIV感染者・エイズ患者数	② _____ 人(うち、男性 _____ 人 女性 _____ 人)
---	-------------------------------------

上記②血液製剤由来 HIV 感染者・エイズ患者数のうち、

<u>AC期(AIDS発症前)</u> の患者数	_____ 人		
<u>AIDS期(AIDS発症後)</u> の患者数	_____ 人		
<u>C型肝炎合併</u> 患者数	_____ 人		
※注 {1}HCV-RNA陽性 {3}HCV-RNA陰性	※{1}肝炎の <b>治療前/中断中</b>	{2}肝炎の <b>治療中</b>	※{3}肝炎の <b>治療完了/自然治癒</b>
	_____ 人	_____ 人	_____ 人

血液製剤由来患者からの <b>二次・三次感染</b> 患者数	_____ 人
--------------------------------	---------

2 **平成 31 年 4 月 1 日～令和 2 年 3 月 31 日**の期間内に、貴院に受診されている HIV 感染者・エイズ患者の診療報酬請求で、減額査定が行われたことはありますか。

ない

ある

差し支えなければ、減額査定が行われた内容をご記入ください。

(	薬害被害患者	)
(	HIV 感染患者	)

3 HIV 感染者・エイズ患者の施設への受け入れ実績について記載ください。

**(こちらは期間を限定しません。貴院のこれまでの実績をご回答ください)**

(1) これまでに HIV 感染者・エイズ患者を長期療養・介護を依頼できる施設へ受け入れてもらった実績がありますか。【該当するもの1つに○を記載】

ある  ない  該当患者の経験なし

(2) 上記(1)にて「ある」と回答された方にお聞きします。受け入れてもらった実績のある施設についてご回答ください。【該当するもの全てに○を記載】

医療機関(医療療養病床、緩和ケア病棟 他)

介護保険施設

(介護療養型医療施設、老人保健施設、特別養護老人ホーム、  
認知症高齢者グループホーム 他)

障害者福祉サービス事業所等

(共同生活介護(ケアホーム)、施設入所支援、共同生活援助 他)

上記以外

(介護保険外の軽費老人ホーム(ケアハウス含)又は有料ホーム、  
サービス付き高齢者向け住宅 他)

お忙しいところご協力いただきありがとうございました。