

送付先：国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター医療情報室 行  
 (E-mail: [acc-info@acc.ncgm.go.jp](mailto:acc-info@acc.ncgm.go.jp), FAX:03-3208-4244)

## HIV 診療拠点病院 受診状況等調査票

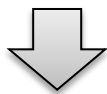
拠点病院名	(あらかじめ印字)	部署名	
回答者氏名		E-mail	

### 1. HIV 診療体制に関する項目

**令和 2 年 1 月 1 日～令和 2 年 12 月 31 日**の期間内に、

貴院を受診されたHIV感染者・エイズ患者数(実人数)について記載ください。

	<b>総受診者数</b>	左記①のうち <b>新規受診者数</b>	左記①のうち 12月31日時点で <b>抗HIV療法中の人数</b>
HIV感染者・ エイズ患者数 (入院患者を含む)	① _____人	_____人	_____人



### 2. 薬害救済医療に関する項目

上記①のうち <b>血液製剤由来 感染者数</b>	上記①のうち 血液製剤由来患者からの <b>二次・三次感染者数</b>	左記②・③あわせのうち <b>エイズ発症後の人数</b>
② _____人	③ _____人	_____人



	左記②のうち <b>HCV-RNA陽性者数</b>	左記②のうち <b>肝硬変の人数</b>	左記②のうち <b>肝がん既往人数</b>
上記②のうち <b>C型肝炎合併 患者数</b>	_____人	_____人	_____人

### 3. 診療報酬請求に関する課題についての項目

令和 2 年 1 月 1 日～令和 2 年 12 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

「ある」とお答えの場合、差し支えない範囲で減額査定の内容をご記入ください。

( )

### 4. 長期療養に関する項目

令和 2 年 1 月 1 日～令和 2 年 12 月 31 日の期間内に、

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いましたか？

ない  ある

「ある」と回答された場合、その受け入れ先施設についてご回答ください。【複数選択】

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(具体的にお教えてください: )  
介護保険外の軽費老人ホーム又は有料ホーム、サービス付き高齢者向け住宅 など

### 5. 調査の運用に関する項目

本調査について、何かお気づきの点・ご意見などありましたらご記載ください。

( )

お忙しいところをご協力いただきありがとうございました。

令和 3 年 8 月 31 日(火曜日)までにご返信をお願いいたします。