

日本病院薬剤師会
HIV 感染症薬物療法認定薬剤師養成研修施設
認定申請書

当施設は、所定の書類を添えて、日本病院薬剤師会 HIV 感染症薬物療法認定薬剤師養成研修施設としての認定を申請します。

年 月 日

ふりがな
診療施設名

施設長氏名

印

(医療機関長名を記載して下さい)

書類提出責任者

所属部署・役職

施設住所

電話：

FAX：

メールアドレス：

ふりがな
氏名

(1 医療機関について 1 申請書の提出をお願いいたします)

日本病院薬剤師会使用欄

	年 月 日		年 月 日
受領日		理事会承認	
研修委員会		認定証交付	
専門薬剤師認定制度委員会			
施設認定番号		施設認定日	

診療施設概要書

病院の種類

- エイズブロック拠点病院 エイズ中核拠点病院
 エイズ拠点病院 エイズ協力病院
 特定機能病院 一般病院 その他

総病床数 _____ 床

外来患者数 _____ 人/日

総医師数（内非常勤） _____ 人（ _____ 人）

総薬剤師数（内非常勤） _____ 人（ _____ 人）

診療科数 _____ 科

HIV 感染症患者に対する院内診療体制 全科対応可

一部対応可

（一部対応可能な場合、対応可能診療科を以下に記載して下さい）

* 日本病院薬剤師会「病院薬剤部の現状調査」（前年度提出分）の写しを添付してください。

HIV 感染症診療体制報告書

HIV 感染症患者の累積受診患者数 _____人

HIV 感染症患者の 1 日あたり平均入院患者数 (過去 1 年間の平均)

5 人未満 5 人以上 10 人以上 20 人以上

HIV 感染症患者の 1 日あたり平均外来患者数 (過去 1 年間の平均)

5 人未満 5 人以上 10 人以上 20 人以上

抗 HIV 療法実施患者数 (申請時点での実患者数、外来・入院を含む)

30 人未満 30 人以上 100 人以上 200 人以上

ウイルス疾患指導料 2 チーム医療加算 算定有 算定無
チーム医療加算算定件数 (過去 1 年間の平均) _____件

外来患者に対する服薬指導専用室 (プライバシー保護に配慮した
相談室に該当する部屋)

有 無

日本病院薬剤師会認定 HIV 感染症専門薬剤師 _____人

HIV 感染症治療経験 5 年以上の医師数

在 (_____人) 不在

HIV 感染症外来専従看護師の配置 有 (_____人) 無

HIV 感染症外来兼任看護師の配置 有 (_____人) 無

HIV 感染症看護経験 2 年以上の外来担当看護師数

在 (_____人) 不在

カウンセラーの配置 院内専任対応 (_____人) 無

自治体等の派遣カウンセラーで対応 (_____人)

ソーシャルワーカーの配置 専任対応 (_____人) 無

HIV 感染症患者を対象としたカンファレンスの実施

カンファレンス 有 開催頻度 回/月 無

対象患者 入院 外来

薬剤師の参加 有（入院） 無（入院）

有（外来） 無（外来）

院外処方箋発行率（過去 1 年間の月平均） %

抗 HIV 薬を含む処方の院外発行率（過去 1 年間の月平均） %

薬剤部研修体制報告書

講義研修の体制

施設内から臨床医の講師を選出できる 可____人 不可施設内から薬剤師の講師を選出できる 可____人 不可

*研修カリキュラムを添付してください

実技研修の体制

薬剤管理指導料 (全床 一部)

1ヶ月あたりの平均算定件数(過去1年間の平均) _____件

入院 HIV 感染症患者に対する服薬指導 実施 未実施

1ヶ月あたりの HIV 感染症患者に対する服薬指導件数

(過去1年間の平均) _____件

薬剤師の介入時期 抗 HIV 薬の処方前から 抗 HIV 薬の処方時から 医師等の依頼による対象患者 抗 HIV 薬投与患者全員 抗 HIV 薬投与患者の一部外来 HIV 感染症患者に対する服薬指導 実施 未実施

1ヶ月あたりの平均指導回数

(過去1年間の延平均) _____回

- 薬剤師の介入時期
- 抗 HIV 薬の処方前から
 - 抗 HIV 薬の処方時から
 - 医師等の依頼による
- 対象患者
- 抗 HIV 薬投与患者全員
 - 抗 HIV 薬投与患者の一部

HIV 感染症薬物療法認定薬剤師養成研修誓約書

日本病院薬剤師会の HIV 感染症薬物療法認定薬剤師養成研修実施要綱に従い研修を実施することを誓約します。

年 月 日

研 修 施 設 名 _____

施 設 長 氏 名 _____ (印)

薬 剤 部 科 長 氏 名 _____ (印)

在籍証明書

HIV 感染症専門薬剤師（HIV 感染症薬物療法認定薬剤師）

氏名 _____

氏名 _____ は

（本研修開始後当分の間は HIV 感染症専門薬剤師あるいは HIV 感染症薬物療法認定薬剤師のうち 1 名で可）

当施設に常勤薬剤師として在籍し、HIV 感染症薬物療法に係る薬剤業務に従事していることを証明します。

年 月 日

研修施設名 _____

薬剤部科長氏名 _____ (印)

研修指導薬剤師体制一覧表

	薬剤師名	認定等 (該当する□をチェックしてください)
研修総括薬剤師		<input type="checkbox"/> HIV 感染症専門薬剤師 <input type="checkbox"/> HIV 感染症薬物療法認定薬剤師 <input type="checkbox"/> 日本医療薬学会認定(指導)薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()
研修指導薬剤師		<input type="checkbox"/> HIV 感染症専門薬剤師 <input type="checkbox"/> HIV 感染症薬物療法認定薬剤師 <input type="checkbox"/> 日本医療薬学会認定(指導)薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()
研修指導薬剤師		<input type="checkbox"/> HIV 感染症専門薬剤師 <input type="checkbox"/> HIV 感染症薬物療法認定薬剤師 <input type="checkbox"/> 日本医療薬学会認定(指導)薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()
研修指導薬剤師		<input type="checkbox"/> HIV 感染症専門薬剤師 <input type="checkbox"/> HIV 感染症薬物療法認定薬剤師 <input type="checkbox"/> 日本医療薬学会認定(指導)薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()
研修指導薬剤師		<input type="checkbox"/> HIV 感染症専門薬剤師 <input type="checkbox"/> HIV 感染症薬物療法認定薬剤師 <input type="checkbox"/> 日本医療薬学会認定(指導)薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()

* 認定証の写しを添付してください。

* 用紙が足りない場合はこの用紙をコピーして添付してください。

研修指導医体制一覧表

	医師名	所属学会 (該当する□をチェックしてください)
研修指導医		<input type="checkbox"/> 日本エイズ学会 <input type="checkbox"/> 日本血液学会 <input type="checkbox"/> 日本内科学会 <input type="checkbox"/> その他 ()
研修指導医		<input type="checkbox"/> 日本エイズ学会 <input type="checkbox"/> 日本血液学会 <input type="checkbox"/> 日本内科学会 <input type="checkbox"/> その他 ()
研修指導医		<input type="checkbox"/> 日本エイズ学会 <input type="checkbox"/> 日本血液学会 <input type="checkbox"/> 日本内科学会 <input type="checkbox"/> その他 ()
研修指導医		<input type="checkbox"/> 日本エイズ学会 <input type="checkbox"/> 日本血液学会 <input type="checkbox"/> 日本内科学会 <input type="checkbox"/> その他 ()
研修指導医		<input type="checkbox"/> 日本エイズ学会 <input type="checkbox"/> 日本血液学会 <input type="checkbox"/> 日本内科学会 <input type="checkbox"/> その他 ()

* 用紙が足りない場合はこの用紙をコピーして添付してください。