資料１

研修認定 1

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

診療施設名

施設長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　（医療機関長名を記載してください）

＜書類提出責任者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署・役職 |  |
| 氏名（ふりがな） | （　　　　　　） |
| 施設住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| E-mailアドレス |  |

診療施設概要書

研修認定2

1．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

2．総病床数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　床

3．外来患者数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人／日

4．総医師数（内、非常勤）　　　　　　　　　　人（　　　　人）

5．総薬剤師数（内、非常勤）　　　　　　　　　人（　　　　人）

6．診療科数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

7．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ください

HIV感染症診療体制報告書

研修認定3

1．HIV感染症患者の累積受診患者数　　　　　人

2．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

3．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

4．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

5．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

6．日本病院薬剤師会認定HIV感染症専門薬剤師　　　　　　　　　人

7．HIV感染症治療経験5年以上の医師数

□ 在（　　 人） □ 不在

8．HIV感染症外来専従看護師の配置　　□ 有（　　　人）　□ 無

9．HIV感染症外来兼任看護師の配置　　□ 有（　　　人）　□ 無

10．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

11．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）

12．ソーシャルワーカーの配置　　□ 専任対応（　　　人）　　□ 無

13．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）

14．院外処方箋発行率（過去1年間の月平均）　　　　　　　　　　　　％

15．抗HIV薬を含む処方の院外発行率（過去1年間の月平均）　　　　　％

16．臨床試験審査委員会（IRB）の設置　　　　　　□ 有　　　□ 無

薬剤部研修体制報告書

研修認定4

1．算定している診療報酬の項目(算定している項目にチェックをお願いします）

□薬剤管理指導料（□全床　□一部）

算定件数　　　件/月（過去1年の平均）

□ウイルス疾患指導料２　チーム医療加算

　　　算定件数　　　件/月（過去1年の平均）

□病棟薬剤業務実施加算

□特定薬剤治療管理料

2．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

3．実技研修の体制

入院HIV感染症患者に対する服薬指導　　　□実施 　□ 未実施

HIV感染症患者に対する服薬指導件数　　　　　件/月（過去1年の平均）

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

＊研修カリキュラムを添付してください

研修認定5

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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

薬剤部科長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

在籍証明書

研修認定6-1

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

（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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

研修指導薬剤師体制一覧表

研修認定6-2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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  日病薬会員番号  （　　　　　　　） |  | * HIV感染症専門薬剤師 * HIV感染症薬物療法認定薬剤師 * 日本医療薬学会専門薬剤師 * その他   　（　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修指導薬剤師  日病薬会員番号  （　　　　　　　） |  | * HIV感染症専門薬剤師 * HIV感染症薬物療法認定薬剤師 * 日本医療薬学会専門薬剤師 * その他   　　（　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修指導薬剤師  日病薬会員番号  （　　　　　　　） |  | * HIV感染症専門薬剤師 * HIV感染症薬物療法認定薬剤師 * 日本医療薬学会専門薬剤師 * その他   　（　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修指導薬剤師  日病薬会員番号  （　　　　　　　） |  | * HIV感染症専門薬剤師 * HIV感染症薬物療法認定薬剤師 * 日本医療薬学会専門薬剤師 * その他   　（　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修指導薬剤師  日病薬会員番号  （　　　　　　　） |  | * HIV感染症専門薬剤師 * HIV感染症薬物療法認定薬剤師 * 日本医療薬学会専門薬剤師 * 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

研修認定6-3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  | * 日本エイズ学会 * 日本血液学会 * 日本内科学会 * その他   （　　　　　　　　　　　　） |
| 研修指導医 |  | * 日本エイズ学会 * 日本血液学会 * 日本内科学会 * その他   （　　　　　　　　　　　　） |
| 研修指導医 |  | * 日本エイズ学会 * 日本血液学会 * 日本内科学会 * その他   （　　　　　　　　　　　　） |
| 研修指導医 |  | * 日本エイズ学会 * 日本血液学会 * 日本内科学会 * その他   （　　　　　　　　　　　　） |
| 研修指導医 |  | * 日本エイズ学会 * 日本血液学会 * 日本内科学会 * 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。