

[별지 제5호 서식] 일차의료 한의 방문진료 점검서식

(해당 항목에 표기 및 내용 기재)

1. 환자 정보			
1. 환자성명	2. 주민등록번호		
3. 자격 구분	<input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> 의료급여 2종 <input type="checkbox"/> 차상위 1종: 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환(C) <input type="checkbox"/> 차상위 2종: 만성질환·18세 미만 아동(E), 만성질환·18세미만 아동 중 등록장애인(F)		
4. 주소	(세부주소까지 기재)		
5. 동일 건물·동일세대 방문진료 시행 여부	<input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 동일 건물 <input type="checkbox"/> 동일 세대		
2. 대상자 유형			
1. 방문진료료 본인부담	<input type="checkbox"/> 일부 본인부담 <input type="checkbox"/> 전액 본인부담 (2-1. '한의 방문진료료' 일부 본인부담일 경우, 해당 항목에 모두 체크)		
2. 거동불편유형	<input type="checkbox"/> ① 마비(하지·사지·편마비 등) <input type="checkbox"/> ⑤ 수술 후 <input type="checkbox"/> ② 근골격계 질환 <input type="checkbox"/> ⑥ 인지장애 <input type="checkbox"/> ③ 통증관리 <input type="checkbox"/> ⑦ 정신과적 질환 <input type="checkbox"/> ④ 신경계퇴행성 질환 <input type="checkbox"/> ⑧ 기타(Text 입력)		
3. 방문진료 기본정보			
1. 방문진료 유형	<input type="checkbox"/> 예약 <input type="checkbox"/> 비예약		
2. 방문진료 한의사 정보	2-1. 성명		2-2. 면허번호
3. 방문진료 소요시간 ¹⁾	3-1. 진료 시작 시간	년 월 일, 분	
	3-2. 진료 종료 시간	년 월 일, 시 분	
4. 방문진료 동반인력	(해당 항목에 모두 체크) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 기타(Text 입력)		
5. 이동방법	(주요 이동방법 한 가지 체크) <input type="checkbox"/> 대중교통 <input type="checkbox"/> 자가이동수단 <input type="checkbox"/> 도보		6. 이동거리(편도) ²⁾ km
7. 이동 소요시간(편도)	<input type="checkbox"/> 10분 미만 <input type="checkbox"/> 10~20분 미만 <input type="checkbox"/> 20~30분 미만 <input type="checkbox"/> 30분 이상		
8. 방문진료 사유	(해당 항목에 모두 체크) <input type="checkbox"/> ① 마비(하지·사지·편마비 등) 관리 <input type="checkbox"/> ⑤ 약물관리 <input type="checkbox"/> ② 근골격계 질환관리 <input type="checkbox"/> ⑥ 피부 손상 관리(욕창, 두드러기 등) <input type="checkbox"/> ③ 통증 관리 <input type="checkbox"/> ⑦ 영양관리 <input type="checkbox"/> ④ 소화기계 장애 <input type="checkbox"/> ⑧ 기타(Text 입력)		
4. 진료 정보			
1. 진료 및 조치 내용	(해당 항목에 모두 체크) <input type="checkbox"/> ① 진찰 및 상담 <input type="checkbox"/> ② 침술(鍼術) <input type="checkbox"/> ③ 부항술(附缸術) <input type="checkbox"/> ④ 구술(灸術) <input type="checkbox"/> ⑤ 한방검사 <input type="checkbox"/> ⑥ 타 의료기관 내원권고 <input type="checkbox"/> ⑦ 기타 (Text 입력)		
2. 한약제제 처방	(한약제제 처방이 발생한 경우에만 체크, 중복선택 가능) <input type="checkbox"/> 단미엑스제제 <input type="checkbox"/> 단미엑스혼합제 <input type="checkbox"/> 기타(Text 입력)		
3. 향후 계획	<input type="checkbox"/> 조치 완료 <input type="checkbox"/> 재방문 필요 <input type="checkbox"/> 입원 치료 권고 <input type="checkbox"/> 기타 (Text 입력)		
5. 지역사회 연계			
1. 지역사회 연계 여부	<input type="checkbox"/> 연계 <input type="checkbox"/> 미연계 (해당되는 항목 모두 체크) <input type="checkbox"/> ① 보건소 <input type="checkbox"/> ② 지방자치단체(사회복지과 등) <input type="checkbox"/> ③ 지역의료기관 <input type="checkbox"/> ④ 기타(Text 입력)		

작성방법 1) 「3-3. 방문진료 소요시간」 방문진료를 위해 환자를 방문하여 실제 진료가 이루어진 시간으로 작성 (24시간 기준으로 시작 및 종료 시간)

2) 「3-6. 이동거리」 편도 기준으로 시범기관에서 환자 자택 간 이동 거리(km)를 정수로 입력