

**[별지 제4호 서식] 일차의료 한의 방문진료 점검서식**

(해당 항목에 ☑표기 및 내용 기재)

A. 환자 정보			
A1. 환자성명		A2. 주민등록번호	등록일자
A3. 대상자구분	해당여부(장기요양 1·2등급 와상 및 요양비)	<input type="radio"/> 해당	<input type="radio"/> 미 해당
	장기요양등급	<input type="checkbox"/> 1등급	<input type="checkbox"/> 2등급
	와상여부	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무
	요양비	<input type="checkbox"/> 산소치료	<input type="checkbox"/> 인공호흡기
A4. 주소	(세부주소까지 기재)		
A5. 동일 건물 및 동일세대 방문 여부	<input type="radio"/> 해당 없음 <input type="radio"/> 동일 건물 <input type="radio"/> 동일 세대		
B. 대상자 유형			
B1. 방문진료료 본인부담	<input type="radio"/> 일부 본인부담 <input type="radio"/> 전액 본인부담		
B2. 거동불편유형 (B1.이 '일부 본인부담' 일 경우 선택, 해당 사항 모두 체크)	<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	<input type="text"/>
B3. 산정횟수 예외사유	<input type="checkbox"/> 해당없음	<input type="checkbox"/> 다발성경화증	<input type="checkbox"/> 중증근무력증
	<input type="checkbox"/> 말기암환자	<input type="checkbox"/> 수술직후	
	<input type="checkbox"/> 경추손상		
	<input type="checkbox"/> 기타	<input type="text"/>	
C. 방문진료 기본정보			
C1. 방문진료 유형	<input type="radio"/> 예약 <input type="radio"/> 비예약		
C2 방문진료 한의사 정보	C2-1. 성명	C2-2. 면허번호	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C3. 방문진료 기준일 *[C4-1]입력시 자동입력 됩니다.	C4. 방문진료 <sup>1)</sup>	C4-1(1)시작일시(24시기준)	<input type="text"/>
		C4-2(2)종료일시(24시기준)	<input type="text"/>
C5. 방문진료 동반인력	<input type="checkbox"/> 없음(한의사단독) <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 가정전문간호사 <input type="checkbox"/> 간호조무사 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="text"/>		
C6. 이동방법 (주요 이동방법 한 가지 체크)	<input type="radio"/> 대중교통 <input type="radio"/> 자가이동수단 <input type="radio"/> 도보	C7. 이동거리(편도) <sup>2)</sup>	<input type="text"/> km
C8. 이동 소요시간(편도)	<input type="radio"/> 10분 미만 <input type="radio"/> 10~20분 미만 <input type="radio"/> 20~30분 미만 <input type="radio"/> 30분 이상		
C9. 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	<input type="text"/>
D. 진료 정보			
D1. 진료 및 조치 내용 (해당 항목 모두 체크)	<input type="checkbox"/> ① 진찰 및 상담	<input type="checkbox"/> ⑤ 한방검사	
	<input type="checkbox"/> ② 침술(鍼術)	<input type="checkbox"/> ⑥ 타 의료기관 내원권고	
	<input type="checkbox"/> ③ 부항술(部缸術)	<input type="checkbox"/> ⑦ 기타	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ④ 구술(灸術)		
D2. 한약제제 처방 (한약제제 처방이 있는 경우, 해당항목에 모두 체크)	<input type="checkbox"/> 단미엑스제제 <input type="checkbox"/> 단미엑스혼합제 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="text"/>		
D3. 향후 계획 (한 가지 체크)	<input type="radio"/> 조치 완료 <input type="radio"/> 재방문 필요 <input type="radio"/> 입원 치료 권고 <input type="radio"/> 기타 <input type="text"/>		
E. 지역사회 연계			
E1. 지역사회 연계 여부	<input type="radio"/> 연계 <input type="radio"/> 미연계		
	E1-3. 연계 시 해당 항목에 모두 체크		
	<input type="checkbox"/> ① 보건소	<input type="checkbox"/> ② 지방자치단체	<input type="checkbox"/> ③ 지역의료기관 <input type="checkbox"/> ④ 기타 <input type="text"/>

작성방법 1) 진료시간: 방문진료를 위해 환자를 방문하여 실제 진료가 이루어진 시간으로 작성 (24시간 기준으로 시작 및 종료 시간)

2) 이동거리: 편도 기준으로 시범기관에서 환자 자택 간 이동 거리(km)를 정수로 입력