

표준서식 종류별 세부 서식 신·구 대비표

1 퇴원요약자료

현 행				개 정			
문서공통정보				문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보				A. 기본 정보			
입원일시		입원과		1. 입원	입원일시		
					입원과		
<u><신설></u>					내과 세부전문과목		
입원의사 성명					입원의사 성명		
입원의사 면허종류	<input type="radio"/> (1) 의사 <input type="radio"/> (2) 치과의사 <input type="radio"/> (3) 한의사				<u><삭제></u>		
입원의사 면허번호							
퇴원일시		퇴원과		2. 퇴원	퇴원일시		
					퇴원과		
<u><신설></u>					내과 세부전문과목		
퇴원의사 성명					퇴원의사 성명		
퇴원의사 면허종류	<input type="radio"/> (1) 의사 <input type="radio"/> (2) 치과의사 <input type="radio"/> (3) 한의사				<u><삭제></u>		
퇴원의사 면허번호							
작성자 성명		작성일시		3. 작성자 성명		4. 작성일시	

현행				개정						
B. 이전 입원 이력				B. 이전 입원 이력						
1. 30일내 재입원 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가				1. 30일내 재입원 여부		○(1) Yes ○(2) No ○(3)확인불가				
<u><신설></u>				1-1. 30일내 재입원 사유						
2. 재입원 계획 여부 ○(1) 계획에 있는 재입원 ○(2) 계획에 없는 재입원				2. 재입원 계획 여부		○(1) 계획에 있는 재입원 ○(2) 계획에 없는 재입원				
3. 직전 퇴원일 ○(1) 알고 있음(퇴원일:) ○(2) 모름				3. 직전 퇴원일		○(1) 알고 있음(퇴원일:) ○(2) 모름				
C. 입원 경과				C. 입원 경과						
1. 주소		<u><신설></u>		1. 주소	주소		<u>발병시기</u>			
2. 입원사유 및 현병력				2. 입원사유 및 현병력						
3. 입원경과 및 치료과정 요약				3. 입원경과 및 치료과정						
4. 전과내역				<u><C.입원경과 7.전과로 이동></u>						
전과일시		의뢰과	<u>의뢰의사</u>							
		<u><신설></u>	<u>성명</u>					<u>면허종류</u>	<u>면허번호</u>	
								<u><삭제></u>	<u><삭제></u>	
전과사유		회신과	<u>회신의사</u>							
		<u><신설></u>	<u>성명</u>					<u>면허종류</u>	<u>면허번호</u>	
				<u><삭제></u>	<u><삭제></u>					

현행					개정						
5. 시술·처치 및 수술					4. 시술·처치 및 수술	시행일시	시술·처치 및 수술명	ICD-9-CM vol.3	수가코드	ICD-9-CM vol.3	수가코드
시행일시	시술·처치 및 수술명		ICD-9-CM vol.3	수가코드							
6. 검사소견					5. 검사소견	검사일시	검사명	검사결과일시	검사결과	수가코드	
검사일시	검사결과일시	검사명	수가코드	검사결과							
7. 약 알리지					<C.입원경과 8.약물이상반응으로 이동>						
1) 약 알리지 여부 ○(1) Yes(알리지 내용:) ○(2) No ○(3) 확인불가											
2) 의약품 명칭					<삭제>						
			약품명	약품코드							
1											
2											
8. 감염 및 합병증					<C.입원경과 10.기타 사항으로 이동>						
1) 감염 · 감염 여부 ○(1) Yes(확진된 경우)(감염 내용:) ○(2) No ○(3) 확인불가											
2) 합병증 · 합병증 여부 ○(1) Yes(확진된 경우)(감염 내용:) ○(2) No ○(3) 확인불가											
9. 최종진단					6. 최종진단	상병분류구분	상병분류기호	진단명	진료과	내과세부전문과목	입원시 상병여부
확진 여부	상병분류기호	진단명	진료과	입원시 상병여부		○(1)주상병 ○(2)부상병 ○(3)배제 상병					○(1)Y(Yes) ○(2)N(No) ○(3)U(Unknown) ○(4)W(Undetermined) ○(5)E(Excepted, 기타 예외상병)
○(1) 확진 ○(2) 의증				<신설> ○(1) Yes ○(2) No ○(3) Unknown ○(4) Undetermined ○(5) 기타(예외상병)							

현행	개정								
	7. 전과	전과 일시	의뢰			회신			전과 사유
			의뢰과	내과세부 전문과목	의사 성명	회신과	내과세부 전문과목	의사 성명	
	8. 약물 이상반응		1) 약물 이상반응 여부			○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가			
<p align="center"><u><신설></u></p>	9. 환자 상태 척도		측정 시기			도구	결과	참고사항	
			○(1)입원 당시 ○(2)입원 중 ○(3)퇴원 시 ○(9)기타()						
<p align="center"><u><신설></u></p>	10. 기타 사항		1) 감염 · 발생 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 상세 내용 2) 합병증 · 발생 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 상세 내용 3) 환자안전관리 특이사항 · 발생 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 상세 내용						
D. 퇴원 현황			D. 퇴원 현황						
1. 퇴원 형태 및 환자 상태 1) 퇴원 형태 ○(01) 정상퇴원 ○(02) 자의퇴원 ○(03) 탈원 ○(04) 가망없는 퇴원 ○(05) 전원 ○(06) 사망 ○(99) 기타()			<p align="center"><u><삭제></u></p> 1. 퇴원 형태 ○(01) 정상퇴원 ○(02) 자의퇴원 ○(03) 탈원 ○(04) 가망없는 퇴원 ○(05) 전원 ○(06) 사망 ○(99) 기타()						

현 행								개 정									
2) 퇴원 시 환자 상태 ○(1)완쾌 ○(2)호전 ○(3)호전 안됨 ○(4)치료 없이 진단만 ○(9) 기타()								2. 퇴원 시 환자 상태 ○(1) 완쾌 ○(2) 호전 ○(3) 호전 안됨 ○(4) 치료 없이 진단만 ○(9) 기타()									
3) 사망 현황								3. 사망 현황									
· 사망일시								1) 사망일시									
· 원사인 상병분류기호								2) 원사인 상병분류기호									
· 진단명								3) 진단명									
2. 전원 현황								<삭제>									
1) 전원 요구 ○(0)해당사항 없음 ○(1)환자 ○(2)보호자 ○(9)기타																	
2) 전원 사유 ○(01)병실부족 ○(02)중환자실 부족 ○(03)응급수술처치불가 ○(04)1,2차 기관 전원 ○(05)3차 기관 전원 ○(06)장기시설로 전원 ○(07)방사선 치료 ○(08)급성기 치료 ○(09)급성기 치료 후 ○(10)환자사정 ○(99)기타()								4. 전원 사유									
								<삭제>									
3) 연속적 치료사항																	
4) 전원보낸 기관기호								<삭제>									
기관명																	
진료과																	
3. 퇴원 후 진료계획								5. 퇴원 후 진료									
○(0)해당사항 없음 ○(1)외래예약 ○(2)재입원 예정 ○(9)기타(<신설>)								○(0) 해당사항 없음 ○(1) 외래예약 ○(2) 재입원 예정 ○(9) 기타()									
· 외래예약		진료과				진료일				<삭제>							
E. 퇴원처방								E. 퇴원 처방									
연번		약품명	약품코드	용법	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	연번	처방구분	약품명	약품코드	용법	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수		
1	<신설>							1	○(0)해당없음 ○(1)원내 ○(2)원외								
2								2		○(0)해당없음 ○(1)원내 ○(2)원외							

현 행					개 정				
F. 기타 정보					<삭제>				
1. 전화번호									
2. 신생물의 조직학적 진단명									
3. 퇴원 시 Functional outcome scale									
1) 시행일 2) 종류 ○(1) K-MBI (Korean version of Modified Barthel Index, 0~100점) ○(2) MBI (Modified Barthel Index, 0~100점) ○(3) BI (Barthel Index, 0~100점) ○(4) FIM (Functional Independence Measure, 18~126점) ○(5) mRS (modified Rankin Scale, 0~6등급) ○(6) GOS (Glasgow Outcome Scale, 1~5등급) ○(9) 기타(Scale: /최고점:) 3) 평가점수: 4) 평가자 ○(1) 의사 ○(2) 간호사 ○(3) 물리+작업치료사 ○(9)기타()									
G. 추가 정보					F. 추가 정보				
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1	<신설>				1				
2					2				

2 진단검사결과지

현 행				개 정						
문서공통정보				문서공통정보						
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명				
환자 주민등록번호		<신설>		환자 생년월일		환자 성별				
A. 기본 정보				A. 기본 정보						
진료과		<신설>		1. 진료과		내과 세부전문과목				
처방의사 성명				2. 처방의사 성명						
처방의사 면허종류		처방의사 면허번호				<삭제>				
B. 검사 정보				<삭제>						
검체번호				<삭제>						
처방일시		채취일시		<B. Text형 검사결과, C. Grid형 검사결과 표로 일부 이동>						
접수일시		결과일시								
판독의사 성명										
판독의사 면허번호										
C. Text형 검사결과 ※ C 또는 D 항목 중 검체에 대한 판독 결과를 기재하기 적합한 양식으로 선택 작성								B. Text형 검사결과 ※ 판독소견이 있는 경우 Text형 검사결과에 기재 (<예시> 배양검사, 골수검사, 분자·세포유전검사 등)		
수가코드				순번	처방일시	채취일시	접수일시	판독일시	검체종류<신설>	
검사코드				1					○(01) 혈액 ○(02) 소변 ○(03) 대변 ○(04) 체액 및 조직 ○(05) 골수 ○(99) 기타()	
검사명										
검사결과										
					수가코드	검사코드	검사명	판독결과	판독의사 성명	판독의사 면허번호

현행								개정										
D. Grid형 검사결과								C. Grid형 검사결과 ※ 수치화된 검사결과외의 경우 Grid형 검사결과에 기재										
순번	수가코드	검사코드	검사명	검사결과	참고치	단위	추가정보	순번	처방일시	채취일시	접수일시	결과일시	검체종류<신설>					
1								1					○(01) 혈액 ○(02) 소변 ○(03) 대변 ○(04) 체액 및 조직 ○(05) 골수 ○(99) 기타()					
												수가코드	검사코드	검사명	검사결과	참고치	단위	추가정보
<u><신설></u>								D. 기타 정보										
비고								1. 비고										
첨부								2. 첨부										
E. 추가 정보								E. 추가 정보										
순서		항목명	내용		라벨명			순서	항목코드	항목명	내용		라벨명					
1	<u><신설></u>							1										
2								2										

3 영상검사결과지

현 행				개 정			
문서공통정보				문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보				A. 검사 정보 및 결과			
진료과		<신설>		<A. 검사 정보 및 결과 표로 이동>			
처방의사 성명				<삭제>			
처방의사 면허종류		처방의사 면허번호					
B. 검사 정보				1. 검사 정보 및 결과			
처방일시				<u>순번</u>			
검사일시				1	진료과		내과 세부전문과목
결과일시					처방의사 성명		
판독의사 성명					처방일시		검사일시
판독의사 면허번호					<u>판독일시</u>		
C. 검사 결과					판독의사 성명		판독의사 면허번호
수가코드					수가코드		검사코드
검사코드					검사명		
검사명					<u>판독결과</u>		
검사부위	<input type="radio"/> (01) Whole body <input type="radio"/> (02) Brain <input type="radio"/> (03) Head&Neck <input type="radio"/> (04) Chest <input type="radio"/> (05) Abdominal <input type="radio"/> (06) Abdomen-pelvis <input type="radio"/> (07) Spine <input type="radio"/> (08) Hip <input type="radio"/> (09) Extremity <input type="radio"/> (10) Periapical View(치근단) <input type="radio"/> (11) Panoramic View(파노라마촬영) <input type="radio"/> (99) 기타()			<삭제>			
검사장비	1. 의료장비고유식별번호: 2. 의료장비명:						

현 행					개 정				
검사결과		· 크기: (단위: ○cm ○mm)<삭제>			〈A. 검사 정보 및 결과 표로 일부 이동〉				
		· 검사결과:							
비고					2. 비고				
첨부					3. 첨부				
D. 추가 정보					B. 추가 정보				
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1	〈신설〉				1				
2					2				

4] 병리검사결과지

현 행				개 정			
문서공통정보				문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보				A. 기본 정보			
진료과	<u><신설></u>			1. 진료과	· 진료과목: · 내과 세부 전문과목:	2. 의뢰의사 성명	
처방의사 성명				<u><삭제></u>			
처방의사 면허종류							
처방의사 면허번호							
B. 검사 정보				B. 검사 정보			
검체번호				1. 병리번호		2. 최종 판독일시	
처방일시				<u><C.검사 결과 1.검체검사 상세 표로 이동></u>			
접수일시				<u><2. 최종 판독일시로 이동></u>			
결과일시				3. 판독의사 성명		4 판독의사 면허번호	
판독의사 성명		판독의사 면허번호		C. 검사 결과			
C. 검사 결과				C. 검사 결과			
개수				<u><삭제></u>			
<u><신설></u>				1. 검체검사 상세			
검사코드				처방일시	접수일시	수가코드	검사코드
검사명							검사명
수가코드							검체부위
검체 유형	○(1) 동결 ○(2) 생검 ○(3) 배양 ○(4) 세포병리 ○(9) 기타()			<u><삭제></u>			
육안소견				2. 육안소견			
병리학적 진단				3. 병리학적 진단			
<u><신설></u>				4. 추가검사			

현 행					개 정				
D. 신생물 ※ 해당 검체가 신생물인 경우 추가 기재					D. 신생물 ※ 해당 검체가 신생물인 경우 추가 기재				
조직학적 진단명	<u><신설></u>				1. 조직학적 진단명	<u>진단명</u>	<u>진단코드</u>		
분화도	<input type="radio"/> (1) Well differentiated(1단계) <input type="radio"/> (2) Moderately differentiated(2단계) <input type="radio"/> (3) Poorly differentiated(3단계) <input type="radio"/> (4) Undifferentiated(4단계) <input type="radio"/> <신설>				2. 분화도	<input type="radio"/> (1) Well differentiated(1단계) <input type="radio"/> (2) Moderately differentiated(2단계) <input type="radio"/> (3) Poorly differentiated(3단계) <input type="radio"/> (4) Undifferentiated(4단계) <input type="radio"/> (5) 등급평가불가능			
위치					3. 위치				
크기	(단위: ○cm ○mm)				4. 크기	(단위: ○cm ○mm)			
침윤 깊이					5. 침윤 깊이				
침범 여부	<ul style="list-style-type: none"> · 혈관 <input type="radio"/> (1) Not identified <input type="radio"/> (2) PRESENT <input type="radio"/> (3) Indeterminate · 신경 <input type="radio"/> (1) Not identified <input type="radio"/> (2) PRESENT <input type="radio"/> (3) Indeterminate · 림프관 <input type="radio"/> (1) Not identified <input type="radio"/> (2) PRESENT <input type="radio"/> (3) Indeterminate 				6. 침범 여부	<ul style="list-style-type: none"> · 혈관 <input type="radio"/> (1) Not identified <input type="radio"/> (2) PRESENT <input type="radio"/> (3) Indeterminate · 신경 <input type="radio"/> (1) Not identified <input type="radio"/> (2) PRESENT <input type="radio"/> (3) Indeterminate · 림프관 <input type="radio"/> (1) Not identified <input type="radio"/> (2) PRESENT <input type="radio"/> (3) Indeterminate 			
절제면 암세포존재여부	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No				7. 절제면 암세포존재여부	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No			
림프절전이여부	<input type="radio"/> (1) Yes(림프절전이개수: /) <input type="radio"/> (2) No				8. 림프절전이여부	<input type="radio"/> (1) Yes(절제된 림프절 개수: /전이된 림프절 개수:) <input type="radio"/> (2) No			
암병기	<ul style="list-style-type: none"> · Stage _____ · T N M _____ · 치료사항(비고) _____ 				9. 암병기	<ul style="list-style-type: none"> · Stage(_____) · T()N()M() · 비고: _____ 			
비고					<u><삭제></u>				
첨부					10. 첨부				
E. 추가 정보					E. 추가 정보				
순서		항목명	내용	라벨명	순서	<u>항목코드</u>	항목명	내용	라벨명
1	<u><신설></u>				1				
2					2				

5] 수술기록자료

현 행										개 정																		
문서공통정보										문서공통정보																		
환자 등록번호					환자 성명					환자 등록번호					환자 성명													
환자 생년월일					환자 성별					환자 생년월일					환자 성별													
A. 기본 정보										A. 기본 정보																		
진료형태					○(1) 외래 ○(2) 입원					<삭제>																		
수술 시작일시										1. 수술 시작일시					2. 수술 종료일시													
수술 종료일시																												
수술 의사		구분	진료과	성명	면허종류		면허번호	3. 수술 의사		구분	진료과	내과세부 전문과목	성명	면허번호														
		○(1)집도의 ○(2)보조의	<신설>		○(1)의사 ○(2)치과의사					○(1)집도의 ○(2)보조의				<삭제>														
		○(1)집도의 ○(2)보조의			○(1)의사 ○(2)치과의사					○(1)집도의 ○(2)보조의																		
작성자 성명					작성일시					4. 작성자 성명					5. 작성일시													
B. 수술 전 정보										<삭제>																		
1. 체중		_____ kg								<삭제>																		
2. 활력징후		측정 일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소 포화도	특이 사항																				
3. 마취과개입여부		○(1) Yes ○(2) No								<B.수술정보 2.마취 마취통증의학과개입여부로 이동>																		
C. 수술 정보										B. 수술 정보																		
1. 응급여부		•응급 여부 ○(1)정규 ○(2) 응급 •응급 사유 <input type="checkbox"/> 출혈 cc <input type="checkbox"/> 천공 <input type="checkbox"/> 폐색 <input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 자궁경부 4cm이상 개대 <input type="checkbox"/> 기타(_____)								1. 응급여부		•응급 여부 ○(1)정규 ○(2)응급 •응급 사유 (_____)																
										<삭제>																		

현 행		개 정	
<신설>		2. 마취	·마취종류() ·마취통증의학과 개입여부 ○(1)Yes ○(2)No
2. 수술명		<B. 수술정보 5.수술명으로 이동>	
3. 수술 전 진단명	<신설>	3. 수술 전 진단	진단명 상병분류기호
4. 수술 후 진단명	<신설>	4. 수술 후 진단	진단명 상병분류기호
<신설>		5. 수술명	
<신설>		6. 수술수가코드	
5. 수술체위	○(1)Prone position ○(2)Supine position ○(3)Lateraldecubitus position ○(4)Semilateral position ○(5)Combined position() ○(9)기타()	7. 수술체위	<삭제>
6. 병변의 위치	<신설>	8. 병변의 위치	
7. 수술절차	<신설>	9. 수술소견	
8. 중요(특이)사항	<신설>	10. 수술절차	
<신설>		11. 중요(특이)사항	
<신설>		C. 기타 정보	
9. 합병증 여부	· 합병증 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 합병증 증상 □(1) 통증 □(2) 발열 ℃ □(3) 장기손상() □(4) 출혈 □(9) 기타()	<삭제>	
10. 배액	· 배액 시행 여부 ○(1)Yes ○(2)No · Tube 종류 □(1) Hemovac or Barovac □(2) J-P □(3) Penrose □(4) Chest tube □(5) EVD □(9) 기타()	1. 출혈량	
		2. 합병증	
		<D.기타정보 5.배액의 배액 시행 여부로 이동>	
		<삭제>	

현 행		개 정	
11. 특수 모니터링 및 영상장비	<ul style="list-style-type: none"> 특수 모니터링 및 영상장비 사용여부 ○(1) Yes (특수 모니터링 및 영상장비명: _____) ○(2) No 	3. 장비사용내역	<삭제>
12. 응급 조직병리검사	<ul style="list-style-type: none"> 응급 조직병리검사 의뢰 여부 ○(1) Yes (응급 조직병리검사 결과: _____) ○(2) No 	4. 응급 조직병리검사	<ul style="list-style-type: none"> 응급 조직병리검사 의뢰 여부 ○(1) Yes (응급 조직병리검사 결과: _____) ○(2) No
		5. 배액	<ul style="list-style-type: none"> 배액 시행 여부 ○(1) Yes(배액종류상세: _____) ○(2) No
D. 기타 정보		<삭제>	
특정수술	<ul style="list-style-type: none"> 1) 특정수술 시행 여부 ○(00)해당없음 ○(01)제왕절개술 ○(02)척추수술 ○(03)개두술 · 제왕절개술 조기 양막 파수 여부 ○(1) Yes ○(2) No · 척추수술 분절부위: (_____) · 개두술 부비동 개방 여부 ○(1) Yes ○(2) No 두개내압 모니터링 사용 여부 ○(1) Yes (2) No 뇌척수액루 여부 ○(1) Yes ○(2) No 		
신생물	<ul style="list-style-type: none"> 1) 전신상태 평가도구(ECOG PS) ○(1) 0 ○(2) 1 ○(3) 2 ○(4) 3 ○(5) 4 2) 수술 전 암병기 · Stage _____ · T N M _____ 3) 수술 후 암병기 · Stage _____ · T N M _____ 4) 절제된 림프절 개수: 5) 치료사항(비고) 	<삭제>	

현 행	개 정
<p><u>분만 정보</u></p> <p>1) 초산경산 구분 ○(1) 초산 ○(2) 경산</p> <p>2) 임신 기간: _____</p> <p>3) 분만 형태</p> <p><input type="checkbox"/> (01) NSVD <input type="checkbox"/> (02) NSVD(경막외마취)</p> <p><input type="checkbox"/> (03) Vacuum <input type="checkbox"/> (04) Vacuum(경막외마취)</p> <p><input type="checkbox"/> (05) VBAC <input type="checkbox"/> (06) VBAC(경막외마취)</p> <p><input type="checkbox"/> (07) C/SEC <input type="checkbox"/> (08) C/SEC(전신마취)</p> <p><input type="checkbox"/> (09) C/SEC(경막외마취) <input type="checkbox"/> (10) C/SEC(척추마취)</p> <p><input type="checkbox"/> (11) Induction <input type="checkbox"/> (12) Induction(경막외마취)</p> <p><input type="checkbox"/> (13) SB delivery <input type="checkbox"/> (14) Abortion</p> <p><input type="checkbox"/> (15) Hysterotomy <input type="checkbox"/> (99) 기타(_____)</p> <p>4) 회음절개 형태</p> <p>○(00) 해당없음 ○(01) RML ○(02) MEDIAN ○(03) LML</p> <p>5) 회음열상</p> <p>○(00) 해당없음 ○(01) 1도 ○(02) 2도 ○(03) 3도 ○(04) 4도</p> <p>6) 유도분만일수 ○ 없음 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10</p>	<p style="text-align: center;"><삭제></p>
<p><u>분만 시 신생아정보</u></p> <p>1) 태아 수: (_____)</p> <p>2) 신생아 정보</p> <p>· 분만일시 - - - , :</p> <p>· 태반만출형태 ○(1) 정상 ○(2) 용수박리 ○(9) 기타</p> <p>· 사망 여부 ○(1) Yes ○(2) No</p> <p>- 사망형태</p> <p>○(1) 분만후사망-28주 이상 ○(2) 분만후사망-28주 미만</p> <p>○(3) 28주 이상 ○(4) 20주 이상-28주 미만</p> <p>○(5) 16주이상-20주 미만 ○(6) 16주 미만</p> <p>- 사망원인</p> <p>○(1) 자궁내 사망 ○(2) 태아기형 ○(3) 조기과수</p> <p>○(4) 조기진통 ○(5) 자궁경관무력증 ○(6) 원인불명</p> <p>○(9) 기타</p> <p>· 성별 ○(1) 남 ○(2) 여 ○(3) 미상</p>	

현행					개정					
<ul style="list-style-type: none"> · 출생 시 체중 _____ g · 선천성 기형 ○(1) Yes ○(2) No · 아기 CPR ○(1) Yes ○(2) No 										
Apgar score	Sign	1분	5분							
		Heart rate	○0점(없음)	○0점(없음)						
			○1점(100회이하/분)	○1점(100회이하/분)						
	○2점(100회이상/분)		○2점(100회이상/분)							
	Respiratory	○0점(없음)	○0점(없음)							
		○1점(느리고, 불규칙)	○1점(느리고, 불규칙)							
		○2점(잘 울음)	○2점(잘 울음)							
	Muscle tone	○0점(늘어짐)	○0점(늘어짐)							
		○1점(사지를약간구부림)	○1점(사지를약간구부림)							
		○2점(잘 움직임)	○2점(잘 움직임)							
	Reflex irritability	○0점(없음)	○0점(없음)							
		○1점(얼굴은찡그림)	○1점(얼굴은찡그림)							
		○2점(기침, 재채기)	○2점(기침, 재채기)							
	Color	○0점(청색, 창백)	○0점(청색, 창백)							
		○1점(사지창백, 몸은분홍)	○1점(사지창백, 몸은분홍)							
		○2점(완전분홍)	○2점(완전분홍)							
	<ul style="list-style-type: none"> · 첫 대변 ○(1) Yes ○(2) No · 첫 소변 ○(1) Yes ○(2) No · 대변착색 ○(1) Yes ○(2) No · 산소흡입 ○(1) Yes ○(2) No · 출생 시 기도확보(흡인) ○(1) Yes ○(2) No 									
	5. 첨부					6. 첨부				
	E. 추가 정보					D. 추가 정보				
	순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
	1	<신설>				1				
	2					2				

6] 응급기록자료

현 행				개 정								
문서공통정보				문서공통정보								
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명						
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별						
A. 기본 정보				A. 응급실 기본 정보								
응급실 도착일시				1. 응급실 도착일시								
응급실 퇴실일시				2. 응급실 퇴실일시								
B. 응급실 기본정보				<삭제>								
응급여부	1) 응급여부 ○(1) 정규 ○(2) 응급											
	· 최초 KTAS 중증도 등급:											
	· 변경된 KTAS 중증도 등급:											
<신설>				3. KTAS 중증도 분류	분류일시	등급						
타병원 48시간이상 입원상태에서 전원 여부	○(1) Yes ○(2) No			4. 전원 여부	○(1) Yes ○(2) No							
	<신설>				· 타병원 진료 내용:							
<신설>				B. 기초 사정 정보								
				1. 신장	()cm							
				2. 체중	()kg							
				3. 활력징후	측정 일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소 포화도	혈당	특이 사항
				4. 의식상태	○(1) Alert ○(2) Drowsy ○(3) Stupor ○(4) Semicoma ○(5) Coma							
				5. Glasgow Coma Scale	평가일시				결과			

현 행			개 정		
			6. Stroke Scale	(1) NIH(National Institutes of Health) Stroke Scale	
				<u>평가일시</u>	<u>결과</u>
				(2) 기타	
			Scale 명칭	<u>평가일시</u>	<u>결과</u>
C. 응급실 경과			C. 응급실 경과		
1. 주호소		<u><신설></u>	1. 주호소	주호소	<u>발병시기</u>
2. 현병력			2. 현병력		
3. 약 알리지	1) 약 알리지 여부 ○(1) Yes(<u>알리지 내용:</u>) ○(2) No ○(3) 확인불가		3. 약물 이상반응	약물 이상반응 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · <u>약물 이상반응 내용:</u>	
	2) 의약품 명칭			<u><삭제></u>	
	<u>약품명</u>	<u>약품코드</u>			
4. 과거력			4. 과거력		
5. 수술력	<u>수술명</u>	<u>비고</u>	5. 수술력	<u>수술명</u>	<u>비고</u>
6. 약물복용력	약물복용 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 약물 종류 <input type="checkbox"/> (1) <u>혈압약제</u> <input type="checkbox"/> (2) <u>당뇨병용제</u> <input type="checkbox"/> (3) <u>결핵약</u> <input type="checkbox"/> (4) <u>지질조절약</u> <input type="checkbox"/> (5) <u>혈액응고저지제</u> <input type="checkbox"/> (6) <u>면역억제제</u> <input type="checkbox"/> <u><신설></u> <input type="checkbox"/> (9) 기타()		6. 약물복용력	약물복용 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 약물 종류 <input type="checkbox"/> (1) <u>고혈압약제</u> <input type="checkbox"/> (2) <u>당뇨병용제</u> <input type="checkbox"/> (3) <u>항결핵약제</u> <input type="checkbox"/> (4) <u>고지혈증치료제</u> <input type="checkbox"/> (5) <u>항혈전제</u> <input type="checkbox"/> (6) <u>면역억제제</u> <input type="checkbox"/> (7) <u>항암제</u> <input type="checkbox"/> (9) 기타()	

현행				개정							
7. 개인력		1) 음주여부 ○(1) Yes ○(2) No ○ <신설> · 술 종류 ○(1) 맥주 ○(2) 소주 ○(3) 소맥 ○(4) 양주 ○(9) 기타 · 음주량: 회/주, 잔/회 2) 흡연여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 흡연상태 ○(1) 현재흡연 ○(2) 1년 이내 과거흡연 ○(3) 1년 이전 과거흡연 · 흡연기간: 개피/일, 년		7. 개인력		음주 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 음주 내용: 흡연 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 흡연 내용:					
<신설>				8. 가족력		가족력 여부 ○(1) Yes ○(2) No · 가족력 내용					
				9. 계통문진							
				10. 신체검진							
				11. 신경학적 검사							
				평가영역		검사내용	검사결과				
				○(01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 ○(02) 뇌신경 검사 ○(03) 사지 운동기능 검사 ○(04) 사지 감각기능 검사 ○(05) 반사기능 검사 ○(06) 소뇌 및 전정기능 검사 ○(07) 보행장애 검사 ○(99) 기타							
8. 전문의 진료		진료일시	진료과	<신설>		12. 진료내역		진료일시	진료과	내과 세부전문과목	
		전문의 성명	전문의 면허번호			진료의 성명	진료의 면허번호	작성자 성명	작성 일시		

현 행				개 정					
		문제목록 & 평가				문제목록 & 평가			
		치료계획				치료계획			
9. 진단	<신설>	진단명	상병분류기호		13. 진단	확진 여부	진단명	상병분류기호	
						○(1) 확진 ○(2) 의증			
10. 시술·처치 및 수술	시행일시	시술·처치 및 수술명	ICD-9-CM vol.3	수가코드	14. 시술·처치 및 수술	시행일시	시술·처치 및 수술명	ICD-9-CM vol.3	수가코드
11. 퇴실형태	<input type="radio"/> (01) 정상퇴원 <input type="radio"/> (02) 자의퇴원 <input type="radio"/> (03) (본원)외래 <input type="radio"/> (04) (본원)입원(진료과:) <input type="radio"/> (05) (타병원)전원 <input type="radio"/> (06) 외래추적관찰 <input type="radio"/> (07) 사망() · <신설> <input type="radio"/> (99) 기타()				15. 퇴실형태	<input type="radio"/> (01) 정상퇴원 <input type="radio"/> (02) 자의퇴원 <input type="radio"/> <삭제> <input type="radio"/> (03) (본원)입원(진료과:) <input type="radio"/> (04) (타병원)전원 <input type="radio"/> (05) 외래추적관찰 <input type="radio"/> (06) 사망 · 사망현황 - 사망일시: - 원사인 상병분류기호: - 진단명: <input type="radio"/> (99) 기타()			
D. 기타 정보				D. 기타 정보					
1. 타병원 치료	치료일:			<삭제>					
	치료명:								
2. 신장	___cm			<B. 기초사정정보 1. 신장으로 이동>					
3. 체중	___kg			<B. 기초사정정보 2. 체중으로 이동>					

현행									개정							
4. 활력징후	측정 일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소 포화도	혈당	특이 사항	<B. 기초사정정보 3. 활력징후로 이동>							
5. 의식상태	○(1) Alert ○(2) Drowsy ○(3) Stupor ○(4) Semicoma ○(5) Coma												<B. 기초사정정보 4. 의식상태로 이동>			
6. Stroke Scale	Stroke Scale 시행 여부 ○(1) Yes ○(2) No								<삭제> <B. 기초사정정보 6. Stroke Scale로 일부 이동>							
	○(1) NIH(National Institutes of Health) Stroke Scale(0~42점) - 최초실시일: - 평가점수: 점 - 평가자 ○ 의사 ○ 간호사 ○ 기타() <삭제>												<B. 기초사정정보 5. Glasgow Coma Scale로 일부 이동>			
	○(2) Glasgow Coma Scale(3~15점) - 최초실시일: - 평가점수: 점 - 평가자 ○ 의사 ○ 간호사 ○ 기타() <삭제>															
	○(9) 기타 - Scale 명칭: - <신설> - 최고점수: 점 <삭제>															
7. 인공호흡기	1) 시작일시:								<삭제>							
	2) 종료일시:															
8. 산과력	1) 최종 월경 시작일(LMP, Last Menstrual Period):								1. 산과력 1) 최종 월경 시작일(LMP, Last Menstrual Period): 2) 임신주수: ()주 ()일 3) 임신출산력 · 만삭분만 ()회 · 조기분만 ()회 · 유산 ()회 · 생존아 수 ()명							
	2) 임신기간: ___주															
	3) 출산력 · 만삭분만 ___(회) · 조기분만 ___(회) · 유산 ___(회) · 생존아 수 ___(명)															
9. 통증평가	1) 통증부위: <삭제>								2. 통증평가 평가일시 도구 결과 참고사항 <신설> ○(1) NRS(숫자 통증 등급) ○(9) 기타()<신설> <신설> <신설>							
	2) 통증강도: <삭제>															

현 행					개 정				
	<u>irritation sign</u>	<u>Kernig' s sign</u>	<u>○(1) Yes ○(2) No</u>						
		<u>Brudzinski' s sign</u>	<u>○(1) Yes ○(2) No</u>						
	<u>Babinski sign</u>	<u>○(1) 정상 ○(2) 비정상</u>							
	<u>Other</u>								
E. 추가 정보					E. 추가 정보				
순서		항목명	내용	라벨명	순서	<u>항목코드</u>	항목명	내용	라벨명
1	<신설>				1				
2					2				

7] 입원초진기록자료

현 행				개 정			
문서공통정보				문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보				A. 기본 정보			
입원일시		진료과	<신설>	1. 입원일시		2. 진료과	내과 세부전문과목
병동		병실		<삭제>			
담당의사 성명				3. 담당의사 성명			
담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			<삭제>			
담당의사 면허번호				<삭제>			
작성자 성명		작성일시		4. 작성자 성명		5. 작성일시	
B. 입원 정보				B. 입원 정보			
1. 내원경로	○(1) 외래 ○(2) 응급실 ○(3) 전원 ○(4) 요양원(요양원 명칭:) ○(9) 기타()			1. 입원경로	○(1) 외래 ○(2) 응급실 ○(3) 전원 ○ <삭제> ○(9) 기타()		
2. 주소			<신설>	2. 주소	주소	발병시기	
3. 현병력				3. 현병력			
4. 약 알리지	1) 약 알리지 여부 ○(1) Yes(내용:) ○(2) No ○(3) 확인불가			4. 약물 이상반응	1)약물 이상반응 여부	○(1)Yes ○(2)No ○(3)확인불가	
	2) 의약품 명칭				2)약물 이상반응 내용		
		약품명	약품코드	<삭제>			
		1		<삭제>			
		2		<삭제>			
5. 과거력				5. 과거력			
6. 수술력		수술명	비고	6. 수술력	수술명	비고	

현 행				개 정			
7. 약물복용력	1) 약물복용 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가			7. 약물복용력	1) 약물복용 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가		
	<ul style="list-style-type: none"> · 약물 종류 <input type="checkbox"/> (1) <u>혈압약제</u> <input type="checkbox"/> (2) <u>당뇨병용제</u> <input type="checkbox"/> (3) <u>결핵약</u> <input type="checkbox"/> (4) <u>지질조절약</u> <input type="checkbox"/> (5) <u>혈액응고저지제</u> <input type="checkbox"/> (6) <u>면역억제제</u> <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> (9) 기타() 				<ul style="list-style-type: none"> 2) 약물 종류 <input type="checkbox"/> (1) <u>고혈압약제</u> <input type="checkbox"/> (2) <u>당뇨병용제</u> <input type="checkbox"/> (3) <u>항결핵약제</u> <input type="checkbox"/> (4) <u>고지혈증치료제</u> <input type="checkbox"/> (5) <u>항혈전제</u> <input type="checkbox"/> (6) <u>면역억제제</u> <input type="checkbox"/> (7) <u>항암제</u> <input type="checkbox"/> (9) 기타() 		
8. 개인력	1) 음주 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○ <신설>			8. 개인력	1) 음주		
	<ul style="list-style-type: none"> · 술 종류 ○(1) <u>맥주</u> ○(2) <u>소주</u> ○(3) <u>소맥</u> ○(4) <u>양주</u> ○(9) <u>기타</u> · 음주량: <u>회/주</u>, <u>잔/회</u> 				<ul style="list-style-type: none"> · 음주 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) <u>확인불가</u> · 음주 내용 		
	2) 흡연 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가				2) 흡연		
	<ul style="list-style-type: none"> · 흡연상태 ○(1) <u>현재흡연</u> ○(2) <u>1년이내 과거흡연</u> ○(3) <u>1년이전 과거흡연</u> · 흡연기간: <u>개피/일</u>, <u>년</u> 				<ul style="list-style-type: none"> · 흡연 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) <u>확인불가</u> · 흡연 내용 		
9. 가족력	<신설>			9. 가족력	1) 가족력 여부 ○(1) Yes ○(2) No		
					2) 가족력 내용		
10. 계통문진				10. 계통문진			
11. 신체검진				11. 신체검진			
12. 문제목록 및 평가				12. 문제목록 및 평가			
13. 초기진단	확진 여부	진단명	상병분류기호	13. 초기진단	확진 여부	진단명	상병분류기호
	○(1) 확진				○(1) 확진		
	○(2) 의증				○(2) 의증		
	○(1) 확진				○(1) 확진		
	○(2) 의증				○(2) 의증		

현 행					개 정					
14. 치료계획					14. 치료계획					
E. 기타 정보					C. 기타 정보					
1. 타병원 <u>치료</u>		1) <u>치료일</u>			1. 타병원 <u>진료 내용</u>		<div style="text-align: center;"><u><삭제></u></div>			
		2) <u>치료명</u>								
2. 신장	()cm	3. 체중	()kg		2. 신장	()cm	3. 체중	()kg		
4. 활력징후	측정일시	혈압	맥박	호흡	<u><C.기타 정보 5.활력징후 등으로 이동></u>					
	체온	산소포화도	혈당	특이사항						
5. 의식상태	○(1)Alert ○(2)Drowsy ○(3)Stupor ○(4)Semicoma ○(5)Coma				4. 의식상태	○(1)Alert ○(2)Drowsy ○(3)Stupor ○(4)Semicoma ○(5)Coma				
					5. 활력징후 <u>들</u>		측정일시	혈압	맥박	호흡
					체온	산소포화도	혈당	특이사항		
6. 통증평가	1) <u>통증부위</u>				6. 통증 평가					
	2) <u>통증강도</u>									
	3) <u>통증평가도구</u>		<u><신설></u>	<u><신설></u>						
	○(1) NRS(숫자 통증 등급)									
	○ <u><신설></u>									
· ○ 0점 1점 2점 3점 4점 5점 6점 7점 8점 9점 10점										
○(2) FPRS										
· ○ 0(하나도 안 아파 웃는 얼굴)										
○ 2(거의 안아픈 얼굴)										
○ 4(조금 아픈 얼굴)										
○ 6(아픈 얼굴)										
○ 8(많이 아픈 얼굴)										
○ 10(너무 많이 아파 영영 우는 얼굴)										
					<u><삭제></u>					
					<u>도구</u>		<u>결과</u>		<u>참고사항</u>	
					○(1) NRS(숫자 통증 등급)					
					○(9) 기타()					
					<u><삭제></u>					

현 행		개 정			
	<u>○(3) FLACC</u> · ○ 0점 1점 2점 3점 4점 5점 6점 7점 8점 9점 10점 <u>○(4) CNPS</u> · ○ 0점 1점 2점 3점 4점 5점 6점 7점 8점 9점				
<신설>		7. 환자 상태 척도	도구	결과	참고사항
7. 신경학적 검사	1) Dysarthria ○(1)Yes ○(2)No 2) Swallowing difficulty ○(1)Yes ○(2)No 3) Motor 4) Sensory 5) Facial nerve · Forehead wrinkle ○(1)대칭 ○(2)비대칭 · Eye closing ○(1)대칭 ○(2)비대칭 6) Cerebellar function test · Finger to nose test ○(1)정상 ○(2)비정상 · Heel to shin test ○(1)정상 ○(2)비정상 · Rapid alternating movement ○(1)정상 ○(2)비정상 · Romberg test ○(1)정상 ○(2)비정상 · Tandem gait ○(1)정상 ○(2)비정상 7) Meningeal irritation sign · Neck stiffness ○(1)Yes ○(2)No · Kernig's sign ○(1)Yes ○(2)No · Brudzinski's sign ○(1)Yes ○(2)No 8) Babinski sign ○(1)정상 ○(2)비정상 9) Other		<삭제>		

현 행		개 정												
<신설>		8. 신경학적 검사	<table border="1"> <thead> <tr> <th>평가영역</th> <th>검사내용</th> <th>검사결과</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> (01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 <input type="checkbox"/> (02) 뇌신경 검사 <input type="checkbox"/> (03) 사지 운동기능 검사 <input type="checkbox"/> (04) 사지 감각기능 검사 <input type="checkbox"/> (05) 반사기능 검사 <input type="checkbox"/> (06) 소뇌 및 전정기능 검사 <input type="checkbox"/> (07) 보행장애 검사 <input type="checkbox"/> (99) 기타 </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> (01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 <input type="checkbox"/> (02) 뇌신경 검사 <input type="checkbox"/> (03) 사지 운동기능 검사 <input type="checkbox"/> (04) 사지 감각기능 검사 <input type="checkbox"/> (05) 반사기능 검사 <input type="checkbox"/> (06) 소뇌 및 전정기능 검사 <input type="checkbox"/> (07) 보행장애 검사 <input type="checkbox"/> (99) 기타 </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	평가영역	검사내용	검사결과	<input type="checkbox"/> (01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 <input type="checkbox"/> (02) 뇌신경 검사 <input type="checkbox"/> (03) 사지 운동기능 검사 <input type="checkbox"/> (04) 사지 감각기능 검사 <input type="checkbox"/> (05) 반사기능 검사 <input type="checkbox"/> (06) 소뇌 및 전정기능 검사 <input type="checkbox"/> (07) 보행장애 검사 <input type="checkbox"/> (99) 기타			<input type="checkbox"/> (01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 <input type="checkbox"/> (02) 뇌신경 검사 <input type="checkbox"/> (03) 사지 운동기능 검사 <input type="checkbox"/> (04) 사지 감각기능 검사 <input type="checkbox"/> (05) 반사기능 검사 <input type="checkbox"/> (06) 소뇌 및 전정기능 검사 <input type="checkbox"/> (07) 보행장애 검사 <input type="checkbox"/> (99) 기타				
		평가영역	검사내용	검사결과										
<input type="checkbox"/> (01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 <input type="checkbox"/> (02) 뇌신경 검사 <input type="checkbox"/> (03) 사지 운동기능 검사 <input type="checkbox"/> (04) 사지 감각기능 검사 <input type="checkbox"/> (05) 반사기능 검사 <input type="checkbox"/> (06) 소뇌 및 전정기능 검사 <input type="checkbox"/> (07) 보행장애 검사 <input type="checkbox"/> (99) 기타														
<input type="checkbox"/> (01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 <input type="checkbox"/> (02) 뇌신경 검사 <input type="checkbox"/> (03) 사지 운동기능 검사 <input type="checkbox"/> (04) 사지 감각기능 검사 <input type="checkbox"/> (05) 반사기능 검사 <input type="checkbox"/> (06) 소뇌 및 전정기능 검사 <input type="checkbox"/> (07) 보행장애 검사 <input type="checkbox"/> (99) 기타														
8. 입원초기 중증도 판정도구 사용 (24시간 이내)	1) 입원초기 중증도 판정도구 사용 여부 <input type="checkbox"/> (1) Yes <input type="checkbox"/> (2) No · 시행일시 · 판정도구 종류 <input type="checkbox"/> (1) CURB-65 <input type="checkbox"/> (2) CRB-65 <input type="checkbox"/> (3) CURB <input type="checkbox"/> (4) CRB <input type="checkbox"/> (5) PSI · 총점() · CURB 최초 점수 - C(Confusion) <input type="checkbox"/> (1) Yes <input type="checkbox"/> (2) No - U(Blood urea) 수치 - R(Respiratory rate) 수치 - B(Blood pressure)	<삭제>												

현행					개정						
9. 산부인과					9. 산과력						
1) 초경		○(1) Yes ○(2) No			<삭제>						
2) 폐경		○ <신설> ○(1) Yes ○(2) No ○ <신설>			1) 폐경 여부		○(0) 해당없음 ○(1) Yes ○(2) No ○(9) 기타()				
3) 월경 양상 · 주기 ○(1) 규칙 ○(2) 불규칙 · 기간 ○(1) 1~2일 ○(2) 3~7일 ○(3) 1주일 이상 · 양 () · 동통 ○(1) Yes ○(2) No					<삭제>						
4) 최종 월경 시작일(LMP)					2) 최종 월경 시작일(LMP)						
5) 가족계획 ○(00)없음 ○(01)경구피임약 ○(02)자궁내장치 ○(03)주기법 ○(04)난관건찰 ○(05)정관건찰 ○(06)콘돔 ○(99)기타					<삭제>						
6) 현재임신상태		○ <신설> ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 ○ <신설>			3) 임신여부		○(0) 해당없음 ○(1) Yes ○(2) No ○ <삭제> (9) 기타()				
· 임신주수 ()주					· 임신주수 ()주 ()일						
· 임신유형 ○(1)자연임신 ○(2)체외수정 ○(3)인공수정					<삭제>						
· 분만예정일(EDC)					· 분만예정일(EDC)						
7) 출산력					4) 임신		만삭분만	조기분만	유산	생존아 수	참고사항
· 만삭분만 ()회 (자연분만 회/제왕전개 회)					출산력		()회	()회	()회	()명	<신설>
· 조기분만 ()회											
· 유산 ()회 (자연유산 회/인공유산 회)											
· 생존아 수 ()명 (남자 명/여자 명)											
D. 추가 정보					D. 추가 정보						
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명		
1	<신설>				1						
2					2						

8] 입원경과기록자료

현 행										개 정											
문서공통정보										문서공통정보											
환자 등록번호					환자 성명					환자 등록번호					환자 성명						
환자 생년월일					환자 성별					환자 생년월일					환자 성별						
A. 기본 정보										A. 기본 정보											
최초입원일시										1. 최초 입원일시											
B. 진단 및 처치										B. 진단 및 처치											
진단		<u>확진 여부</u>			진단명			상병분류기호			1. 진단		<u>상병분류구분</u>			진단명			상병분류기호		
		○(1) <u>확진</u> ○(2) <u>의증</u>											○(1) <u>주상병</u> ○(2) <u>부상병</u> ○(3) <u>배제 상병</u>								
		○(1) <u>확진</u> ○(2) <u>의증</u>											○(1) <u>주상병</u> ○(2) <u>부상병</u> ○(3) <u>배제 상병</u>								
시술·처치 및 수술		시행일시		시술·처치 및 수술명			ICD-9-CM vol.3		수가코드		2. 시술·처치 및 수술		시행일시		시술·처치 및 수술명			ICD-9-CM vol.3		수가코드	
<u>활력징후</u>		<u>측정 일시</u>	<u>혈압</u>	<u>맥박</u>	<u>호흡</u>	<u>체온</u>	<u>산소 포화도</u>	<u>혈당</u>	<u>특이사항</u>	<삭제>											
<신설>										3. <u>약물 이상반응</u>		약물 이상반응 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가									
												약물 이상반응 내용:									

현행									개정										
C. 입원 경과									C. 입원 경과										
진료일시	진료과	담당의사			신체정보		작성자 성명	작성 일시		진료일자	진료과	담당의사		신체정보		작성자 성명	작성 일시		
		성명	면허종류	면허 번호	신장	체중						성명		신장	체중				
	<신설>		○(1)의사 ○(2)치과의사 ○(3)한의사							· 진료과목: · 내과세부 · 전문과목:		<삭제>							
Subjective(주관적정보)&Objective(객관적정보)&Assessment(평가)									주관적정보(Subjective)&객관적 정보(Objective)&평가(Assessment)										
Plan(치료계획)									치료계획(Plan)										
<u>신생물</u>									<u><삭제></u>										
	중양 종류	임상 암병기			ECOG PS		치료사항 (비고)												
	○(1)원발 ○(2)재발 ○(3)속발	· Stage: · T N M			○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4														
D. 추가 정보									D. 추가 정보										
순서	<신설>	항목명	내용			라벨명			순서	항목코드	항목명	내용			라벨명				
1									1										
2									2										

9] 외래초진기록자료

현 행				개 정				
문서공통정보				문서공통정보				
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명		
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별		
A. 기본 정보				A. 기본 정보				
진료일		진료과	<신설>	1. 진료일시		2. 진료과	내과 세부전문과목	
담당의사 성명				3. 담당의사 성명				
담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			<삭제>				
담당의사 면허번호								
작성자 성명		작성일시		4. 작성자 성명		5. 작성일시		
B. 외래 정보				B. 외래 정보				
1. 주소			<신설>	1. 주소	주소	발병시기		
2. 현병력				2. 현병력				
3. 약 알리지	1) 약 알리지 여부 ○(1) Yes(알리지 내용:) ○(2) No ○(3) 확인불가			3. 약물 이상반응	1)약물 이상반응 여부	○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가		
	2) 의약품 명칭				2)약물 이상반응 내용			
	약품명		약품코드		<삭제>			
	1							
2								
4. 과거력				4. 과거력				
5. 수술력	수술명		비고	5. 수술력	수술명		비고	

현 행				개 정			
6. 약물복용력	1) 약물복용 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가			6. 약물복용력	1) 약물복용 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가		
	· 약물 종류 □(1) <u>혈압약제</u> □(2) <u>당뇨병용제</u> □(3) <u>결핵약</u> □(4) <u>지질조절약</u> □(5) <u>혈액응고저지제</u> □(6) <u>면역억제제</u> □ <신설> □(9) 기타()				2) 약물 종류 □(1) <u>고혈압약제</u> □(2) <u>당뇨병용제</u> □(3) <u>항결핵약제</u> □(4) <u>고지혈증치료제</u> □(5) <u>항혈전제</u> □(6) <u>면역억제제</u> □(7) <u>항암제</u> □(9) 기타()		
7. 개인력	1) 음주 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○ <신설>			7. 개인력	1) 음주		
	· 술 종류 ○(1) <u>맥주</u> ○(2) <u>소주</u> ○(3) <u>소맥</u> ○(4) <u>양주</u> ○(9) <u>기타</u> · 음주량: <u>회/주</u> , <u>잔/회</u>				· 음주 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 음주 내용		
8. 가족력	2) 흡연 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가			8. 가족력	2) 흡연		
	· 흡연상태 ○(1) <u>현재흡연</u> ○(2) <u>1년이내 과거흡연</u> ○(3) <u>1년이전 과거흡연</u> · 흡연기간: <u>개피/일</u> , <u>년</u>				· 흡연 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 흡연 내용		
9. 계통문진	<신설>			9. 계통문진	1) 가족력 여부 ○(1) Yes ○(2) No		
10. 신체검진	<신설>			10. 신체검진	2) 가족력 내용		
11. 문제목록 및 평가				11. 문제목록 및 평가			
12. 초기진단	확진 여부	진단명	상병분류기호	12. 초기진단	확진 여부	진단명	상병분류기호
	○(1) 확진				○(1) 확진		
	○(2) 의증				○(2) 의증		
	○(1) 확진				○(1) 확진		
	○(2) 의증				○(2) 의증		

현 행					개 정					
13. 치료계획					13. 치료계획					
14. 원외처방					<삭제>					
1) 원외처방 여부 ○(1) Yes ○(2) No										
2) 원외처방 내용										
C. 기타 정보					C. 기타 정보					
1. 타병원 치료		1) 치료일			1. 타병원 진료 내용		진료일		진료 내용	
		2) 치료명								
2. 신장		()cm		3. 체중		()kg				
4. 활력징후		측정일시		혈압		맥박		호흡		
		체온		산소포화도		혈당		특이사항		
5. 통증평가		1) 통증부위			<삭제>					
		2) 통증강도								
		3) 통증평가도구		<신설>		<신설>				
		○(1) NRS(숫자 통증 등급)			도구		결과		참고사항	
		○ <신설>			○(1) NRS(숫자 통증 등급)					
		· ○ 0점 1점 2점 3점 4점 5점 6점 7점 8점 9점 10점			○(9) 기타()					
		○(2) FPRS			<삭제>					
		· ○ 0(하나도 안 아파 웃는 얼굴)								
		○ 2(거의 안아픈 얼굴)								
		○ 4(조금 아픈 얼굴)								
		○ 6(아픈 얼굴)								
		○ 8(많이 아픈 얼굴)								
		○ 10(너무 많이 아파 영영 우는 얼굴)								
		○(3) FLACC								
		· ○ 0점 1점 2점 3점 4점 5점 6점 7점 8점 9점 10점								
		○(4) CNPS								
		· ○ 0점 1점 2점 3점 4점 5점 6점 7점 8점 9점								

현행		개정			
<신설>		6. 환자 상태 척도	도구	결과	참고사항
6. 신경학적 검사	<p>1) Dysarthria ○(1)Yes ○(2)No</p> <p>2) Swallowing difficulty ○(1)Yes ○(2)No</p> <p>3) Motor</p> <p>4) Sensory</p> <p>5) Facial nerve</p> <p>· Forehead wrinkle ○(1)대칭 ○(2)비대칭</p> <p>· Eye closing ○(1)대칭 ○(2)비대칭</p> <p>6) Cerebellar function test</p> <p>· Finger to nose test ○(1)정상 ○(2)비정상</p> <p>· Heel to shin test ○(1)정상 ○(2)비정상</p> <p>· Rapid alternating movement ○(1)정상 ○(2)비정상</p> <p>· Romberg test ○(1)정상 ○(2)비정상</p> <p>· Tandem gait ○(1)정상 ○(2)비정상</p> <p>7) Meningeal irritation sign</p> <p>· Neck stiffness ○(1)Yes ○(2)No</p> <p>· Kernig's sign ○(1)Yes ○(2)No</p> <p>· Brudzinski's sign ○(1)Yes ○(2)No</p> <p>8) Babinski sign ○(1)정상 ○(2)비정상</p> <p>9) Other</p>	<삭제>			

현 행			개 정				
<신설>			7. 신경학적 검사		평가영역	검사내용	검사결과
					<input type="radio"/> (01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 <input type="radio"/> (02) 뇌신경 검사 <input type="radio"/> (03) 사지 운동기능 검사 <input type="radio"/> (04) 사지 감각기능 검사 <input type="radio"/> (05) 반사기능 검사 <input type="radio"/> (06) 소뇌 및 전정기능 검사 <input type="radio"/> (07) 보행장애 검사 <input type="radio"/> (99) 기타		
			8. 신생물		암병기 설정일	종양 종류	임상 암병기
							암병기 Stage
8. 신생물			<input type="radio"/> (1) 원발 <input type="radio"/> (2) 재발 <input type="radio"/> (3) 속발 <input type="radio"/> <신설> Stage T() N() M()		<input type="radio"/> (1) 원발성 <input type="radio"/> (2) 재발성 <input type="radio"/> <삭제> <input type="radio"/> (9) 기타()	<input type="radio"/> (1) 원발성 <input type="radio"/> (2) 재발성 <input type="radio"/> <삭제> <input type="radio"/> (9) 기타()	T() N() M() T() N() M()
2) 치료사항(비고)			<삭제>				
9. 산부인과			9. 산과력		<삭제>		
1) 초경			<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No		1) 폐경 여부 <input type="radio"/> (0) 해당없음 <input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No <input type="radio"/> (9) 기타()		
2) 폐경			<input type="radio"/> <신설> <input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No <input type="radio"/> <신설>				

현행					개정						
3) 월경 양상 · 주기 <input type="radio"/> (1) 규칙 <input type="radio"/> (2) 불규칙 · 기간 <input type="radio"/> (1) 1~2일 <input type="radio"/> (2) 3~7일 <input type="radio"/> (3) 1주일 이상 · 양 () · 동통 <input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No					<삭제>						
4) 최종 월경 시작일(LMP)					2) 최종 월경 시작일(LMP)						
5) 가족계획 <input type="radio"/> (00)없음 <input type="radio"/> (01)경구피임약 <input type="radio"/> (02)자궁내장치 <input type="radio"/> (03)주기법 <input type="radio"/> (04)난관전찰 <input type="radio"/> (05)정관전찰 <input type="radio"/> (06)콘돔 <input type="radio"/> (99)기타					<삭제>						
6) 현재임신상태 <input type="radio"/> <신설> <input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No <input type="radio"/> (3) 확인불가 <input type="radio"/> <신설> · 임신주수 ()주 · 임신유형 <input type="radio"/> (1)자연임신 <input type="radio"/> (2)체외수정 <input type="radio"/> (3)인공수정 · 분만예정일(EDC)					3) 임신 여부		<input type="radio"/> (0) 해당없음 <input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No <input type="radio"/> <삭제> (9) 기타()				
					· 임신 주수		()주 ()일				
					<삭제>						
					· 분만예정일(EDC)						
7) 출산력					4) 임신		만삭분만	조기분만	유산	생존아 수	참고사항
· 만삭분만 ()회 (자연분만 회/제왕전개 회) · 조기분만 ()회 · 유산 ()회 (자연유산 회/인공유산 회) · 생존아 수 ()명 (남자 명/여자 명)					출산력		()회	()회	()회	()명	<신설>
D. 추가 정보					D. 추가 정보						
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명		
1	<신설>				1						
2					2						

10 외래경과기록자료

현 행				개 정					
문서공통정보				문서공통정보					
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명			
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별			
A. 기본 정보				A. 기본 정보					
진료일				1. 진료일시					
진료과		<신설>		2. 진료과		내과 세부전문과목			
담당의사 성명				3. 담당의사 성명					
담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			<삭제>					
담당의사 면허번호									
작성자 성명		작성일시		4. 작성자 성명		5. 작성일시			
B. 외래 경과				B. 외래 경과					
1. 주관적정보(Subjective) & 객관적정보(Objective) & 평가(Assessment)				1. 주관적정보(Subjective) & 객관적정보(Objective) & 평가(Assessment)					
2. 진단				2. 치료계획(Plan)					
	<u>확진여부</u>		진단명	상병분류기호	<u>상병분류구분</u>		진단명	상병분류기호	
	○(1) 확진 ○(2) 의증				○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병				
3. 시술·처치 및 수술	시행일시	시술·처치 및 수술명	ICD-9-CM vol.3	수가코드	4. 시술·처치 및 수술	시행일시	시술·처치 및 수술명	ICD-9-CM vol.3	수가코드
4. 치료계획(Plan)				<B. 외래경과 2. 치료계획으로 이동>					
5. 원외처방				<삭제>					
1) 원외처방 여부 ○(1) Yes ○(2) No									
2) 원외처방 내용:									

현 행									개 정				
<신설>									5. 약물 이상반응		약물 이상반응 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 약물 이상반응 내용:		
C. 기타 정보									C. 기타 정보				
1. 신장		_____cm							1. 신장		()cm		
2. 체중		_____kg							2. 체중		()kg		
3. 활력징후		측정 일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소 포화도	혈당	특이 사항	<삭제>			
4. 신생물		<ul style="list-style-type: none"> · 종양종류 ○(1) 원발 ○(2) 재발 ○(3) 속발 · 임상 암병기 - Stage: _____ - T N M _____ · 치료사항(비고): _____ 											
<신설>									3. 첨부				
D. 추가 정보									D. 추가 정보				
순서	<신설>	항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명				
1					1								
2					2								

11 중환자실기록자료

현 행				개 정					
문서공통정보				문서공통정보					
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명			
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별			
A. 기본 정보				A. 기본 정보					
입실일시		퇴실일시		<u><B.중환자실 입·퇴실 정보 4.입실로 이동></u>		<u><B.중환자실 입·퇴실 정보 5.퇴실로 이동></u>			
담당의사 성명				<u><B.중환자실 입·퇴실 정보 1.담당의사 성명으로 이동></u>					
담당의사 면허종류	○(1)의사 ○(2)치과의사 ○(3)한의사			<u><삭제></u>					
담당의사 면허번호									
작성자 성명		작성일시		<u><B.중환자실 입·퇴실 정보 3.작성자 성명으로 이동></u>		<u><삭제></u>			
<u><신설></u>				<u>1. 최초 입실일시</u>					
<u><신설></u>				<u>2. 진단</u>					
				<u>상병분류구분</u>		<u>진단명</u>		<u>상병분류기호</u>	
				<u>○(1)주상병</u> <u>○(2)부상병</u> <u>○(3)배제 상병</u>					
				<u>○(1)주상병</u> <u>○(2)부상병</u> <u>○(3)배제 상병</u>					
B. 중환자실 정보				B. 중환자실 입·퇴실 정보					
		<u><신설></u>		<u>1. 담당의사 성명</u>		<u>2. 진료과</u>			
				<u>3. 작성자 성명</u>					
				<u>4. 입실</u>		<u>1) 입실 일시</u>			
		<u><신설></u>		<u>2) 입실 경로</u>		<u>○(1) 수술실 ○(2) 응급실 ○(3) 외래</u> <u>○(4) 분만실 ○(5) 타병동에서 전실</u> <u>○(9) 기타()</u>			

현 행		개 정											
1. 입실사유	<input type="checkbox"/> (1) 계획된 수술 및 시술 후 집중관찰 <input type="checkbox"/> (2) 비계획된 수술 및 시술 후 집중관찰 <input type="checkbox"/> (3) 상태 악화 집중관찰 - 상태 악화 집중관찰 사유 <input type="checkbox"/> (1)호흡기계 <input type="checkbox"/> (2)순환기계 <input type="checkbox"/> (3)신경계 <input type="checkbox"/> (4)출혈 관련 <input type="checkbox"/> (4) 특수치료 - 특수치료 종류 <input type="checkbox"/> (1)인공호흡기 <input type="checkbox"/> (2)CRRT <input type="checkbox"/> (3)ECMO <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> (9) 기타()	3) 입실 사유	<input type="checkbox"/> <삭제> <input type="checkbox"/> <삭제> <input type="checkbox"/> (1) 상태 악화되어 집중관찰 - <삭제> <input type="checkbox"/> (2) 특수한 치료 또는 관리가 필요한 경우 - <삭제> <input type="checkbox"/> (3) 수술이나 시술 후 집중관찰 <input type="checkbox"/> (4) 의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실(사유:) <input type="checkbox"/> (9) 기타()										
2. 심부정맥 예방요법	1) 심부정맥 예방요법 시행여부 ○(1) Yes ○(2) No · 심부정맥 예방요법 항목 <input type="checkbox"/> (1) 항응고제 투여 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">약품명</th> <th style="width: 50%;">약품코드</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> (2) 압박스타킹 적용 <input type="checkbox"/> (3) pneumatic compression 시행 <input type="checkbox"/> (4) DVT(Deep vein Thrombosis) 치료 중 <input type="checkbox"/> (5) CRRT 또는 ECMO 시행	약품명	약품코드					<삭제>					
약품명	약품코드												
3. 활력징후	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">측정일시</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><신설></td> <td style="width: 15%;">체중</td> <td style="width: 15%;">혈압</td> <td style="width: 15%;">맥박</td> </tr> <tr> <td>호흡</td> <td style="text-align: center;">체온</td> <td style="text-align: center;">산소포화도</td> <td style="text-align: center;"><신설></td> <td style="text-align: center;">특이사항</td> </tr> </table>	측정일시	<신설>	체중	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	<신설>	특이사항	<C.중환자실 관찰 기록 1.활력징후 및 신체계측으로 이동>	
측정일시	<신설>	체중	혈압	맥박									
호흡	체온	산소포화도	<신설>	특이사항									
4. Glasgow Coma Scale	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">측정일시</td> <td style="width: 20%;">눈뜨기 기능</td> <td style="width: 20%;">언어 기능</td> <td style="width: 20%;">운동 기능</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> <input type="checkbox"/> 1점 <input type="checkbox"/> 2점 <input type="checkbox"/> 3점 <input type="checkbox"/> 4점 <input type="checkbox"/> NT </td> <td> <input type="checkbox"/> 1점 <input type="checkbox"/> 2점 <input type="checkbox"/> 3점 <input type="checkbox"/> 4점 <input type="checkbox"/> 5점 <input type="checkbox"/> NT </td> <td> <input type="checkbox"/> 1점 <input type="checkbox"/> 2점 <input type="checkbox"/> 3점 <input type="checkbox"/> 4점 <input type="checkbox"/> 5점 <input type="checkbox"/> 6점 <input type="checkbox"/> NT </td> </tr> </table>	측정일시	눈뜨기 기능	언어 기능	운동 기능		<input type="checkbox"/> 1점 <input type="checkbox"/> 2점 <input type="checkbox"/> 3점 <input type="checkbox"/> 4점 <input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> 1점 <input type="checkbox"/> 2점 <input type="checkbox"/> 3점 <input type="checkbox"/> 4점 <input type="checkbox"/> 5점 <input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> 1점 <input type="checkbox"/> 2점 <input type="checkbox"/> 3점 <input type="checkbox"/> 4점 <input type="checkbox"/> 5점 <input type="checkbox"/> 6점 <input type="checkbox"/> NT	<C.중환자실 관찰 기록 3.Glasgow Coma Scale로 이동>			
측정일시	눈뜨기 기능	언어 기능	운동 기능										
	<input type="checkbox"/> 1점 <input type="checkbox"/> 2점 <input type="checkbox"/> 3점 <input type="checkbox"/> 4점 <input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> 1점 <input type="checkbox"/> 2점 <input type="checkbox"/> 3점 <input type="checkbox"/> 4점 <input type="checkbox"/> 5점 <input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> 1점 <input type="checkbox"/> 2점 <input type="checkbox"/> 3점 <input type="checkbox"/> 4점 <input type="checkbox"/> 5점 <input type="checkbox"/> 6점 <input type="checkbox"/> NT										

현 행				개 정									
5. 퇴실 결과	○(1) 일반병동으로 전실 ○(2) 타병원 전원 ○(3) 사망 ○(4) 뇌사판정(이식) ○(5) 퇴원(요양원 등 포함) ○(6) 중환자실 계속입원			<B.중환자실 입·퇴실 정보 5.퇴실로 이동>									
6. 진단명	<신설>	진단명	상병분류기호	<A.기본정보 2.진단으로 이동>									
7. 주의사항				<삭제>									
	<신설>			5. 퇴실	1) 퇴실 상태	○(01)퇴원 ○(02)전실(병동) ○(03)전실(ICU) ○(04)전실(신생아실) ○(05)전원 ○(06)사망 ○(07)뇌사판정(이식) ○(08)계속 입원 ○(99)기타()							
				2) 사망 현황	사망일시								
				원사인 상병분류기호									
				진단명									
	<신설>			3) 퇴실 일시									
	<신설>			C. 중환자실 관찰 기록									
	<신설>			1. 활력징후 및 신체계측	측정일시	신장	체중	혈압	맥박				
				호흡	체온	산소포화도	혈당	특이사항					
	<신설>			2. 의식 상태	측정일시	의식상태							
					○(1) Alert ○(2) Drowsy ○(3) Stupor ○(4) Semicoma ○(5) Coma								
	<신설>			3. Glasgow Coma Scale	측정일시	눈뜨기 기능	언어 기능		운동 기능				
					○1점 ○2점 ○3점 ○4점 ○NT	○1점 ○2점 ○3점 ○4점 ○5점 ○NT	○1점 ○2점 ○3점 ○4점 ○5점 ○6점 ○NT						

현행					개정														
<신설>					4. 동공 반사		측정일시	우안			좌안								
					5. Motor Grade		측정일시	Motor Grade											
					6. 기타 관찰기록		측정일시	항목명	관찰내용			특이사항							
					7. 섭취량 & 배설량		측정 시작 일시	측정 종료 일시	섭취량			배설량			특이 사항				
									총량	정맥	기타	총량	배뇨	기타					
					8. 간호기록		기록일시		간호기록				작성자 성명						
					C. 기타 정보					D. 기타 정보									
					인공호흡기	<신설>				1. 인공호흡기					1) 적용 여부 ○(1) Yes ○(2) No				
시작 일시	종료 일시	상체 거상	<신설>	2) 적용 기간					시작일시	종료일시	<삭제>		유형	<삭제>		참고사항			
인공호흡기 적용 48시간 이후 폐렴 발생				<신설>															
					2. 산소요법					1) 적용 여부 ○(1) Yes ○(2) No									
	<신설>									2) 적용 기간									
										시작일시	종료일시	<삭제>		유형	<삭제>		참고사항		

현행					개정										
2. 삽입관	<u><신설></u>				참고사항	3. 삽입관	1) 적용 여부 ○(1) Yes ○(2) No								
	종류	삽입일시	제거일시				2) 적용 기간								
	(00) 해당없음 (01) E-tube (02) L-tube (03) A-line (04) C-line (05) Peripheral line (06) Foley cath (07) Hemodialysis cath (08) Tracheostomy (09) Hemovac (99) 기타			<u><신설></u>		<u><삭제></u>									
<u><신설></u>						4. 배액관	1) 적용 여부 ○(1) Yes ○(2) No								
							2) 적용 기간								
						종류	삽입일시	제거일시	부위	참고사항					
						5. 특수 처치	<u>특수 처치</u>		<u>시작일시</u>	<u>종료일시</u>	<u>참고사항</u>				
							○(00) 해당없음 ○(01) ECMO ○(02) 신대체요법 ○(99) 기타()								
						6. Continuous Monitor	<u>모니터링 종류</u>		<u>시작일시</u>	<u>종료일시</u>	<u>참고사항</u>				
							○(00)해당없음 ○(01)ABP Monitor ○(02)EKG Monitor ○(03)O ₂ Saturation Monitor ○(04)Continuous EEG Monitor ○(99)기타()								

현행					개정					
<신설>					7. 영양		시행일자	종류		
								<input type="checkbox"/> (01)금식 <input type="checkbox"/> (02)경구 영양 <input type="checkbox"/> (03)경장 영양 <input type="checkbox"/> (04)총정맥영양(TPN) <input type="checkbox"/> (99)기타()		
								<input type="checkbox"/> (01)금식 <input type="checkbox"/> (02)경구 영양 <input type="checkbox"/> (03)경장 영양 <input type="checkbox"/> (04)총정맥영양(TPN) <input type="checkbox"/> (99)기타()		
3. 중증도 보정도구		중증도 점수 여부 ○(1) Yes ○(2) No			8. 중증도 분류		중증도 점수 여부 ○(1) Yes ○(2) No			
		○(1)APACHE II (점수:) ○(2)APACHE III (점수:) ○(3)SAPS2 (점수:) ○(4)SAPS3 (점수:) ○(9)기타 ()					○(1)APACHE II (점수:) ○(2)APACHE III (점수:) ○(3)SAPS2 (점수:) ○(4)SAPS3 (점수:) ○(9)기타 ()			
<신설>					9. 첨부					
D. 추가 정보					E. 추가 정보					
순서	<신설>	항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명	
1					1					
2					2					

12 협의진료기록자료

현 행				개 정			
문서공통정보				문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별	
A. 의뢰				A. 의뢰			
1. 입원일시				<삭제>			
2. 의뢰일시				1. 의뢰일시			
3. 진단	확진 여부	진단명	상병분류기호	2. 진단	상병분류구분	진단명	상병분류기호
	○(1) 확진 ○(2) 의증				○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병		
	○(1) 확진 ○(2) 의증				○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병		
4. 의뢰내용				3. 의뢰내용			
5. 의뢰과	<신설>			4. 의뢰과	· 진료과목: · 내과 세부전문과목:		
6. 의뢰의사 성명				5. 의뢰의사 성명			
7. 의뢰의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			6. 의뢰의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사		
8. 의뢰의사 면허번호				<삭제>			

현행					개정				
B. 회신					B. 회신				
1. 회신일시					1. 회신일시				
2. 진단	<u>확진 여부</u>	진단명	상병분류기호		2. 진단	<u>상병분류구분</u>	진단명	상병분류기호	
	○(1) <u>확진</u> ○(2) <u>의증</u>					○(1) <u>주상병</u> ○(2) <u>부상병</u> ○(3) <u>배제 상병</u>			
	○(1) <u>확진</u> ○(2) <u>의증</u>					○(1) <u>주상병</u> ○(2) <u>부상병</u> ○(3) <u>배제 상병</u>			
3. 회신내용					3. 회신내용				
4. 회신과	<u><신설></u>				4. 회신과	<ul style="list-style-type: none"> · <u>진료과목:</u> · <u>내과 세부전문과목:</u> 			
5. 회신의사 성명					5. 회신의사 성명				
6. 회신의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사				6. 회신의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			
7. 회신의사 면허번호					<u><삭제></u>				
C. 추가 정보					C. 추가 정보				
순서		항목명	내용	라벨명	순서	<u>항목코드</u>	항목명	내용	라벨명
1	<u><신설></u>				1				
2					2				

13 마취기록자료

현 행				개 정			
문서공통정보				문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보				A. 기본 정보			
마취 시작일시		마취 종료일시		1. 마취 시작일시		2. 마취 종료일시	
수술 시작일시		수술 종료일시		3. 수술 시작일시		4. 수술 종료일시	
마취전문의	<u>전문의 성명</u>	<u>전문의 면허번호</u>		5. 마취통증의학과	<u>성명</u>	<u>면허번호</u>	
				<u>전문의</u>			
작성자성명		작성일시		6. 작성자성명		7. 작성일시	
B. 마취 전 정보				B. 마취 전 정보			
1. 수술	<u>수술명</u>	<u>ICD-9-CM vol.3</u>	<u>수가코드</u>	1. 수술	<u>수술명</u>	<u>수가코드</u>	<u>ICD-9-CM vol.3</u>
2. 진단	<u>진단명</u>		<u>상병분류기호</u>	2. 진단	<u>진단명</u>		<u>상병분류기호</u>
<u><신설></u>				3. 마취형태	<input type="radio"/> (1) 정규 <input type="radio"/> (2) 응급		
3. 주의사항	<input type="checkbox"/> (1) AIRWAY <input type="checkbox"/> (2) 근이완제 <input type="checkbox"/> (3) ALLERGY <input type="checkbox"/> (4) 수혈 <input type="checkbox"/> (5) 악성고혈증 <input type="checkbox"/> (9) 기타()			<u><삭제></u>			
4. ASA 점수	<input type="radio"/> (1) 정상(Class 1) <input type="radio"/> (2) 경증질환/정상활동 가능(Class 2) <input type="radio"/> (3) 중증질환/활동제한(Class 3) <input type="radio"/> (4) 생명위협 중증질환(Class 4) <input type="radio"/> (5) 수술하지 않으면 사망예상(Class 5) <input type="radio"/> (6) 이식수술(Class 6) <input type="radio"/> (7) 기록없음 <input type="radio"/> <신설>			4. ASA점수	<input type="radio"/> (1) 정상(Class 1) <input type="radio"/> (2) 경증질환/정상활동 가능(Class 2) <input type="radio"/> (3) 중증질환/활동제한(Class 3) <input type="radio"/> (4) 생명위협 중증질환(Class 4) <input type="radio"/> (5) 수술하지 않으면 사망예상(Class 5) <input type="radio"/> (6) 이식수술(Class 6) <input type="radio"/> (7) 기록없음 <input type="radio"/> (8) 응급		

현 행								개 정							
5. 활력징후	측정 일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소 포화도	특이 사항	<C.마취 중 정보 3.활력징후로 이동>							
<신설>								5. 신체정보	• 신장: ()cm • 체중: ()kg						
C. 마취 중 정보								C. 마취 중 정보							
1. 마취방법	<input type="checkbox"/> (01) 정맥내 전신마취 <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> (02) 기관내삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 <input type="checkbox"/> (03) 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취 <input type="checkbox"/> (04) 정맥내 부위(국소)마취 <input type="checkbox"/> (05) 척수마취 <input type="checkbox"/> (06) 경막외마취 <input type="checkbox"/> (07) 상박신경총마취 <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> (99) 기타 ()							1. 마취방법	<input type="checkbox"/> (01) 정맥내 전신마취 <input type="checkbox"/> (02) 정맥마취_부위(국소)마취 <input type="checkbox"/> (03) 정맥마취_감시하전신마취 <input type="checkbox"/> (04) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 <input type="checkbox"/> (05) 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취 <input type="checkbox"/> (06) 척수마취 <input type="checkbox"/> (07) 경막외마취 <input type="checkbox"/> (08) 상박신경총마취 <input type="checkbox"/> (09) 척추경막외마취 <input type="checkbox"/> (99) 기타 ()						
2. 마취 중 감시	1) 마취 중 감시여부 ○(1) Yes ○(2) No • 종류 <input type="checkbox"/> (1) 중심정맥압감시 <input type="checkbox"/> (2) 침습적동맥압감시 <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> (9) 기타 ()							2. 마취 중 감시	1) 마취 중 감시여부 ○(1) Yes ○(2) No • 종류 <input type="checkbox"/> (1) 중심정맥압감시 <input type="checkbox"/> (2) 침습적동맥압감시 <input type="checkbox"/> (3) 말초산소포화도감시 <input type="checkbox"/> (4) 파형변이지수감시 <input type="checkbox"/> (5) 순환기능감시 <input type="checkbox"/> (6) 신경생리추적감시 <input type="checkbox"/> (7) 신경근감시 <input type="checkbox"/> (8) 대뇌산소포화도감시 <input type="checkbox"/> (99) 기타 ()						

현 행							개 정				
5. Remark		처방일시	처방내용				7. 마취관련기록		발생일시	내용	
6. 마취 중 특이사항							<삭제>				
D. 기타 정보							D. 기타 정보				
1. 수술 중 투약 (마취제포함)		<신설>	투약 일시	<신설>	약품명	약품 코드	용량	<C.마취 중 정보 5.마취 중 투약으로 이동>			
2. 수술 중 신경생리 추적 감시 유무		○(1) Yes ○(2) No					<삭제>				
<신설>							1. PCA				
3. 첨부							2. 첨부				
E. 추가 정보							E. 추가 정보				
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명		
1	<신설>				1						
2					2						

14 회복기록자료

현 행								개 정								
문서공통정보								문서공통정보								
환자 등록번호		환자 성명						환자 등록번호		환자 성명						
환자 생년월일		환자 성별						환자 생년월일		환자 성별						
A. 기본 정보								A. 기본 정보								
회복실 도착일시		회복실 퇴실일시						1. 회복실 도착일시		2. 회복실 퇴실일시						
<u><신설></u>								3. 퇴실 결정의사 성명								
작성자 성명		작성일시						4. 작성자 성명		5. 작성일시						
B. 신체검진								B. 세부 정보								
1. 활력징후	측정 일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소 포화도	특이 사항	1. 활력징후	측정 일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소 포화도	특이 사항	
2. 약제투여	약제투여 여부 ○(1) Yes ○(2) No							2. 약제투여	<u><삭제></u>							
	투여약제															
	약품명		약품코드		<u><신설></u>		투여방법		약품명		약품코드		1회 투약량		단위	
<u><신설></u>								3. 평가	1) 통증평가 실시여부 ○(1) Yes ○(2) No				2) 오심구토 평가 실시여부 ○(1) Yes ○(2) No			
									평가일시	통증평가도구	결과	평가일시	결과			
										○(1)NRS ○(2)VAS ○(3)FPRS ○(4)FLACC ○(9)기타()						
								4. PCA								

현 행							개 정						
C. Post-Anesthetic Recovery Score							C. Post-Anesthetic Recovery Score						
1. 시간	2. 마취회복점수						1. 측정일시	2. 마취회복점수					
	활동성	호흡	순환	의식	피부색	합계		활동성	호흡	순환	의식	피부색	합계
D. 회복 중 특이사항							D. 회복 중 특이사항						
1. 특이사항 발생 여부			○(1) Yes ○(2) No				〈삭제〉						
1) 특이사항	발생일시	회복기록		작성자성명			1. 특이사항	발생일시	내용			〈삭제〉	
E. 추가 정보							E. 추가 정보						
순서		항목명	내용		라벨명		순서	항목코드	항목명	내용		라벨명	
1	〈신설〉						1						
2							2						

15 간호정보조사자료

현행				개정			
문서공통정보				문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보				A. 기본 정보			
입원일시		진료과		1. 입원일시			
		<u><신설></u>		2. 진료과		내과 세부전문과목	
병동		병실		<u><삭제></u>			
담당의사 성명							
담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사						
담당의사 면허번호							
작성자 성명		작성일시		3. 작성자 성명		4. 작성일시	
		<u><신설></u>		5. 입원경로	○(1) 외래 ○(2) 응급실 ○(3) 전원 ○(9) 기타()		
				6. 환자구분	○(1) 일반(신생아 제외) ○(2) 신생아		
				7. 정보제공자	성명	환자와의 관계	전화번호
B. 환자 정보				B. 일반 정보			
1. 병원도착일시				<u><삭제></u>			
2. 병실도착일시							
3. 내원수단	○(1) 도보 ○(2) 휠체어 ○(3) 응급구조대 후송 ○(9) 기타()						
4. 정보제공자	성명	환자와의 관계	전화번호	<u><A. 기본 정보 7. 정보제공자로 이동></u>			
				1. 입원동기			
				2. 과거력	<u><삭제></u>		

현 행		개 정						
<u><신설></u>		3. <u>수술력</u>						
		4. <u>최근 투약상태</u>						
		5. <u>알레르기</u>	1) <u>알레르기</u> 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · <u>알레르기 내용</u> : <신설>					
		6. <u>가족력</u>	· <u>가족력 내용</u> :					
<u><신설></u>		7. <u>개인력</u>	1) <u>음주</u> 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · <u>음주 내용</u> : 2) <u>흡연</u> 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · <u>흡연 내용</u> :					
		8. <u>신장</u>	()cm					
		9. <u>입원 시 체중</u>	()kg					
		10. <u>신체검진</u>						
		11. <u>임산부 추가 정보</u>	<u>임신전 체중</u>	()kg				
			<u>최종 월경 시작일</u>					
			<u>임신주수</u>	()주 ()일				
	<u>임신출산력</u>	<u>만삭분만</u>	<u>조기분만</u>	<u>유산</u>	<u>생존이수</u>	<u>참고사항</u>		
C. <u>입원 정보</u>		<u><삭제></u>						
1. <u>입원동기</u>		<u><B. 일반 정보 1. 입원동기로 이동></u>						
2. <u>기저질환</u>		<u><삭제></u>						
3. <u>과거력</u>	1) <u>과거력</u> 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · <u>질환</u> □(01) 당뇨 □(02) 고혈압 □(03) 결핵 □(04) 간염 □(05) 호흡기질환() □(06) 소화기질환()	<u><B. 일반 정보 2. 과거력으로 이동></u>						

현 행		개 정
4. 활동 상태	○(1) 스스로 운동가능 ○(2) 도움필요 ○(3) 절대적 도움필요	
5. 보조기	1) 보조기 유무 ○(1) Yes ○(2) No ·보조기 종류 □(01) 의치 □(02) 안경 □(03) 렌즈 □(04) 보청기 □(05) 보조기 □(06) 의안 □(07) 지팡이 □(08) Pacemaker □(09) 부분의치 □(99) 기타	
6. 호흡기 문제	1) 호흡기 문제 ○(1) Yes ○(2) No ·호흡기 증상 □(01) 기침 □(02) 가래 □(03) 호흡곤란 □(04) 객혈 □(05) 폐잡음 □(06) 이상호흡음 □(07) 청색증 □(08) 기관절개관 □(99) 기타 ()	
7. 순환기 문제	1) 순환기 문제 ○(1) Yes ○(2) No ·순환기 증상 □(01) 흉통 □(02) 심계항진 □(03) 청색증 □(04) 이상호흡 □(05) 식은땀 □(06) 부정맥 □(99) 기타 ()	
8. 소화기 문제	1) 소화기 문제 ○(1) Yes ○(2) No ·소화기 증상 □(01) 연하곤란 □(02) 저작곤란 □(03) 오심 □(04) 구토 □(05) 토혈 □(06) 소화장애 □(07) 복부팽만 □(08) 복부동통 □(09) 점액변 □(10) 혈변 □(11) 설사 □(12) 변비 □(13) 장루 □(14) 위장관질환 □(99) 기타 ()	
9. 피부 상태	1) 피부 상태 ○(1) 정상 ○(2) 비정상 ·위치: ·피부 상태 □(01) 발진 □(02) 물집 □(03) 흉터 □(04) 상처 □(05) 반점 □(06) 욕창 □(07) 발한 □(08) 건조 □(09) 작열감 □(10) 소양감 □(99)기타 ()	
10. 피부색	1) 피부색 ○(1) 정상 ○(2) 비정상 ·피부색 ○(1) 창백 ○(2) 홍조 ○(3) 청색증 ○(4) 황달	

현 행		개 정
11. 부종	1) 부종 여부 ○(1) 정상 ○(2) 비정상 ·부종 부위 ○(1) 전신 ○(2) 상지 ○(3) 하지 ○(4) 얼굴 ○(9) 기타 ·요흔 ○(1) Yes ○(2) No	
12. 기형	1) 기형 여부 ○(1) Yes ○(2) No ·기형: _____	
13. Pupil reflex	1) 동공 반응 여부 ○(1) Yes ○(2) No 2) 동공 대칭 여부 ○(1) 정상 ○(2) 비정상 ·오른쪽 동공 점수: _____ ·왼쪽 동공 점수: _____ ·오른쪽 동공 빛 반사 ○(1) Prompt ○(2) Hippus ○(3) Sluggish ○(4) Fixed ·왼쪽 동공 빛 반사 ○(1) Prompt ○(2) Hippus ○(3) Sluggish ○(4) Fixed	
14. 치아 상태	1) 치아 상태 _____ ○(1) 양호 ○(2) 흔들림 (부위: _____) ○(3) 보조기구 ○(1) 의치 ○(2) 임플란트 ○(9) 기타	
15. 시력	1) 시력 장애 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 ·시력 상태 ○(1) 정상 ○(2) 비정상 - 오른쪽 ○(1) 시력저하 ○(2) 시력상실 ○(9) 기타 - 왼쪽 ○(1) 시력저하 ○(2) 시력상실 ○(9) 기타 ·교정도구 ○(1) 안경 ○(2) 렌즈 ○(3) 의안 ○(4) 보조기구	
16. 청력	1) 청력 장애 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 ·청력 상태 ○(1) 정상 ○(2) 비정상 - 오른쪽 ○(1) 청력저하 ○(2) 이명 ○(3) 청력상실 ○(9) 기타 - 왼쪽 ○(1) 청력저하 ○(2) 이명 ○(3) 청력상실 ○(9) 기타	
17. 신경근육	1) 신경근육 이상 여부 ○(1) Yes ○(2) No ·증상 □(1) 무감각/저림 □(2) 동통 □(9) 기타 () ·부위 □(1) 좌상지 □(2) 우상지 □(3) 좌하지 □(4) 우하지	
18. 마비	1) 마비 여부 ○(1) 있음 ○(2) 없음 부위 □(1) 좌상지 □(2) 우상지 □(3) 좌하지 □(4) 우하지	

현 행		개 정										
19. 대변	1) 대변 상태 이상 여부 ○(1) Yes ○(2) No ·대변 횟수: _____ ·대변 색 _____ <input type="checkbox"/> (1) 회색변 <input type="checkbox"/> (2) 짙색변 <input type="checkbox"/> (3) 흑색변 <input type="checkbox"/> (4) 선홍색 <input type="checkbox"/> (9) 기타 (_____) ·대변 양상 _____ <input type="checkbox"/> (1) 설사 <input type="checkbox"/> (2) 변비 <input type="checkbox"/> (3) 동통 <input type="checkbox"/> (4) 점액변 <input type="checkbox"/> (9) 기타 (_____)											
20. 소변	1) 소변 상태 이상 여부 ○(1) Yes ○(2) No ·소변 횟수: _____ ·소변 색 _____ <input type="checkbox"/> (1) 거품뇨 <input type="checkbox"/> (2) 적색뇨 <input type="checkbox"/> (3) 혼탁뇨 <input type="checkbox"/> (9) 기타(_____) ·소변 양상 _____ <input type="checkbox"/> (01) 빈뇨 <input type="checkbox"/> (02)頻뇨 <input type="checkbox"/> (03) 혈뇨 <input type="checkbox"/> (04) 긴급뇨 <input type="checkbox"/> (05) 실금 <input type="checkbox"/> (06) 작열감 <input type="checkbox"/> (07) 배뇨곤란 <input type="checkbox"/> (08) 농축뇨 <input type="checkbox"/> (09) 인공배뇨 <input type="checkbox"/> (99)기타 (_____)											
21. 수면	1) 수면 장애 여부 ○(1) Yes ○(2) No ·수면 시간(1일 평균 수면시간): _____											
22. 영양 상태	1) 체중감소(3개월간의 체중감소) ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 ·식이 섭취 상태(1주일간의 식사량) ○(1) 양호, 80%이상 섭취 ○(2) 불량, 50~80% 섭취 ○(3) 불량, 50%미만 섭취											
<신설>		C. 신생아 정보 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>1. 출생일시</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 재태기간</td> <td>()주 ()일</td> </tr> <tr> <td>3. 분만형태</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Apgar Score</td> <td>1분() 5분()</td> </tr> <tr> <td>5. 분만관련 특이사항</td> <td></td> </tr> </table>	1. 출생일시		2. 재태기간	()주 ()일	3. 분만형태		4. Apgar Score	1분() 5분()	5. 분만관련 특이사항	
1. 출생일시												
2. 재태기간	()주 ()일											
3. 분만형태												
4. Apgar Score	1분() 5분()											
5. 분만관련 특이사항												

현행				개정							
				6. <u>활력징후 및 신체계측</u>	<u>혈압</u>	<u>맥박</u>	<u>호흡</u>	<u>체온</u>	<u>산소 포화도</u>	<u>출생시 체중</u>	<u>입실시 체중</u>
				7. <u>신체검진</u>							
E. 입원시 교육				<삭제>							
<input type="checkbox"/> (01) 입원 시 준비물품 <input type="checkbox"/> (02) 병원 시설 안내(배선실, 은행, 매점, 식당, 공중전화, 휴게실 등) <input type="checkbox"/> (03) 병실 내 시설안내(침대, 간호사호출기, 냉난방, 샤워실 등) <input type="checkbox"/> (04) 화분 반입 금지 <input type="checkbox"/> (05) 병실 이동 <input type="checkbox"/> (06) 귀중품 관리 및 도난 방지 <input type="checkbox"/> (07) 주차관리 <input type="checkbox"/> (08) 금연교육 <input type="checkbox"/> (09) 증빙서류(진단서, 입퇴원확인서) <input type="checkbox"/> (10) 비상 시 대피경로 <input type="checkbox"/> (11) 안전관리지침 <input type="checkbox"/> (12) 병원 이용 안내문 배부(환자 권리와 책임, 취약환자 권리 보호에 대해 교육) <input type="checkbox"/> (13) 지정진료 <input type="checkbox"/> (14) 의사 회진시간 <input type="checkbox"/> (15) 보호자 면회 및 식사시간 <input type="checkbox"/> (16) 화재 예방활동 <input type="checkbox"/> (17) 낙상 예방활동 <input type="checkbox"/> (18) 감염예방활동(의료폐기물관리, 손위생 등) <input type="checkbox"/> (19) 불만 고충처리방법 <input type="checkbox"/> (20) 흡입 기관지확장제 사용법 <input type="checkbox"/> (21) 천식 자가관리 (행동지침서(문서) 제공 여부: ○(1) 제공 ○(2) 미제공) <input type="checkbox"/> (99) 기타 ()											
F. 퇴원에 대한 계획											
교육 내용		○(1) Yes() ○(2) No									
퇴원 예정지		○(1) 자택 ○(2) 타병원 ○(3) 요양시설 ○(9) 기타									
퇴원 후 보조기구 및 장비		1) 보조기구 및 장비 유무 ○(1) Yes ○(2) No ·보조기구 및 장비 종류 <input type="checkbox"/> (1) 목발 및 지팡이 <input type="checkbox"/> (2) 휠체어 <input type="checkbox"/> (3) 가정용 의료기기 <input type="checkbox"/> (1) 보조기 <input type="checkbox"/> (2) 산소 <input type="checkbox"/> (3) Nebulizer <input type="checkbox"/> (4) 흡인기									
G. 추가 정보				D. 추가 정보							
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명		
1	<신설>				1						
2					2						

16 기타간호기록자료

현 행					개 정					
문서공통정보					문서공통정보					
환자 등록번호		환자 성명			환자 등록번호		환자 성명			
환자 생년월일		환자 성별			환자 생년월일		환자 성별			
A. 기본 정보					A. 기본 정보					
진료과		<신설>			1. 진료과		내과 세부전문과목			
<신설>					B. 간호사정 및 평가					
					1. 간호사정 및 평가	평가일시	도구	결과		
B. 간호기록					C. 간호기록					
기록일시		간호기록		간호사 성명	기록일시		간호기록		간호사 성명	
C. 추가 정보					D. 추가 정보					
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명	
1	<신설>				1					
2					2					

17 수술간호기록자료

현 행				개 정			
문서공통정보				문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보				A. 기본 정보			
진료형태	○(1) 외래 ○(2) 입원			〈삭제〉			
수술실 입실일시		수술실 퇴실일시		1. 수술실 입실일시		2. 수술실 퇴실일시	
수술 시작일시		수술 종료일시		3. 수술 시작일시		4. 수술 종료일시	
소독 간호사 성명		작성자 성명		5. 소독 간호사 성명		6. 순회 간호사 성명	
작성일시				7. 작성일시			
B. 수술 전 확인				B. 수술 전 확인			
〈신설〉				1. Time out	○(1) Yes ○(2) No		
1. 환자신원확인	○(1) Yes ○(2) No			〈삭제〉			
2. 수술표시확인	○(1) Yes ○(2) No						
3. 환자상태	금식 여부 ○(1) Yes ○(2) No · 위관삽입 ○(1) Yes ○(2) No · 관장 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 알수없음 · 수술부위 피부준비 ○(1) Yes (피부준비종류: _____) ○(2) No · 환자 인식밴드 착용 ○(1) Yes ○(2) No · 기타 (_____)						
4. 혈액형검사	· 혈액형 검사 ○(1) Yes ○(2) No · 결과 ○(1) AB ○(2) A ○(3) B ○(4) O - RH 유형 ○(1) RH + ○(2) RH -						
5. 혈액준비	○(1) Yes ○(2) No						
6. 알레르기 여부확인	○(1) Yes ○(2) No						

현 행		개 정																
7. 배뇨 여부	○(1) 유치카테터 삽입 ○(2) 자연배뇨 확인																	
8. 감염	<ul style="list-style-type: none"> · 감염 증상 여부 ○(1) Yes ○(2) No · 감염 증상 <input type="checkbox"/> (01) HBsAg <input type="checkbox"/> (02) HCV <input type="checkbox"/> (03) HIV <input type="checkbox"/> (04) VRE <input type="checkbox"/> (05) MRSA <input type="checkbox"/> (06) CRE <input type="checkbox"/> (07) TB <input type="checkbox"/> (99) 기타 () 																	
9. 과거력	1) 과거력 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 · 질환 <input type="checkbox"/> (01) 당뇨 <input type="checkbox"/> (02) 고혈압 <input type="checkbox"/> (03) 결핵 <input type="checkbox"/> (04) 간염 <input type="checkbox"/> (05) 호흡기질환 () <input type="checkbox"/> (06) 소화기질환 () <input type="checkbox"/> (07) 뇌혈관질환 () <input type="checkbox"/> (08) 심장질환 () <input type="checkbox"/> (09) 신장질환 () <input type="checkbox"/> (10) 불안정 협심 <input type="checkbox"/> (11) 심부전 <input type="checkbox"/> (12) 부정맥 <input type="checkbox"/> (13) 뇌졸중 <input type="checkbox"/> (14) 만성폐쇄성폐질환 <input type="checkbox"/> (15) 말초동맥및경동맥 질환 <input type="checkbox"/> (16) 암 (○(1) 5년 이내 ○(2) 5년 이후) <input type="checkbox"/> (17) 급성심근경색 (○(1) 4주 이내 ○(2) 4주 이후) <input type="checkbox"/> (99) 기타 ()		<삭제>															
10. 수술 전 투여약물	투여 여부 ○(1) Yes ○(2) No <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:15%;">투약일시</th> <th style="width:15%;">약품명</th> <th style="width:15%;">약품코드</th> <th style="width:15%;">용량</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>투여약물</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		투약일시	약품명	약품코드	용량	투여약물											
	투약일시	약품명	약품코드	용량														
투여약물																		
C. 수술 정보		C. 수술 정보																
1. 수술부위	1) 수술부위 : · 상세부위 : ○(0) 해당없음 ○(1) Right ○(2) Left ○(3) Bilateral ○(9) 기타	1. 수술부위	<삭제>															
	<신설>	2. 수술 전 진단	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;"></th> <th style="width:25%;">진단명</th> <th style="width:25%;">상병분류기호</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		진단명	상병분류기호												
	진단명	상병분류기호																
		3. 수술 후 진단	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;"></th> <th style="width:25%;">진단명</th> <th style="width:25%;">상병분류기호</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		진단명	상병분류기호												
	진단명	상병분류기호																

현 행				개 정											
2. 수술명		<input type="checkbox"/> 신설		4. 수술명		수술명		수가코드							
3. 피부 소독제		<input type="checkbox"/> (1) Betadine Soap <input type="checkbox"/> (2) Betadine Solution <input type="checkbox"/> (3) 1% Hibitane <input type="checkbox"/> (4) 0.1% Zephaneone <input type="checkbox"/> (5) 75% Alcohol <input type="checkbox"/> (9) 기타 ()		<input type="checkbox"/> 삭제											
4. 전기소작기 패드부착부위		<input type="checkbox"/> (00) 해당없음 <input type="checkbox"/> (01) 팔(좌) <input type="checkbox"/> (02) 팔(우) <input type="checkbox"/> (03) 다리(좌) <input type="checkbox"/> (04) 다리(우) <input type="checkbox"/> (05) 등 <input type="checkbox"/> (06) 엉덩이 <input type="checkbox"/> (99) 기타()													
5. 중요(특이)사항															
6. 환자 회복과 관계된 인계사항				<input type="checkbox"/> 삭제											
D. 간호 기록										<input type="checkbox"/> 삭제					
수행일시		처방명													
E. 기타 정보				D. 수술 세부 정보											
1. 삽입관		종류		삽입일시		제거일시		참고사항							
		<input type="radio"/> (00) 해당없음 <input type="radio"/> (01) E-tube <input type="radio"/> (02) L-tube <input type="radio"/> (03) A-line <input type="radio"/> (04) C-line <input type="radio"/> (05) Peripheral line <input type="radio"/> (06) Foley cath <input type="radio"/> (07) Hemodialysiscath <input type="radio"/> (08) Tracheostomy <input type="radio"/> (09) Hemovac <input type="radio"/> (99) 기타 ()													
1. 삽입관		종류						참고사항							
		<input type="checkbox"/> 삭제				<input type="checkbox"/> 삭제		<input type="checkbox"/> 삭제							

현행									개정						
2. 치료재료 및 소모품	재료코드	재료명	<신설>	단위	수량	반납량	수가코드	보험	2. 치료재료 및 고가소모품	재료코드	재료명	규격	수량	단위	<삭제>
<신설>									3. 수술 중 사용 약물	약품코드	약품명	투여용량		단위	투여경로
									4. 검체	검체종류		부위		개수	
									5. 사용장비명						
									6. 중요(특이)사항						
F. 추가 정보									E. 추가 정보						
순서	<신설>	항목명	내용			라벨명			순서	항목코드	항목명	내용		라벨명	
1									1						
2									2						

18 응급간호기록자료

현 행					개 정								
문서공통정보					문서공통정보								
환자 등록번호		환자 성명			환자 등록번호		환자 성명						
환자 생년월일		환자 성별			환자 생년월일		환자 성별						
A. 기본 정보					A. 기본 정보								
응급실 도착일시					1. 응급실 도착일시								
진료 시작일시					<삭제>								
응급실 퇴실일시					2. 응급실 퇴실일시								
<신설>					3. 내원경로	○(1) 직접내원 ○(2) 전원 ○(3) 외래에서 의뢰 ○(9) 기타()							
응급실 도착시 환자상태					4. 내원동기 및 현상태								
작성자 성명		작성일시			<삭제>								
B. 섭취량/배설량					B. 응급 간호기록								
측정일시	섭취량(Intake)			배설량(Output)			<삭제>						
	수액	수혈	기타	배뇨	출혈	기타							
<신설>					1. 환자상태 척도	측정일시	도구	결과					
<신설>					2. 활력징후	측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	혈당	특이사항
<신설>													
C. 간호기록					<삭제>								
<신설>	수행일시	처방명	간호기록	간호사 성명	3. 처치 및 간호내용	기록일시	<삭제>		간호기록	간호사 성명			

현 행					개 정				
D. 추가 정보					C. 추가 정보				
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1	〈신설〉				1				
2					2				

19 의사지시기록자료

현 행					개 정													
문서공통정보					문서공통정보													
환자 등록번호		환자 성명			환자 등록번호		환자 성명											
환자 생년월일		환자 성별			환자 생년월일		환자 성별											
A. 기본 정보					A. 기본 정보													
<신설>					1. 진료 형태	○(1) 입원 ○(2) 외래												
입원일시					1) 입원 일시													
<신설>					2) 진료 일시													
B. 의사지시기록					B. 의사지시기록													
<신설>	처방 일시	실시 일시	처방내역	<신설>	처방부서		처방의사 성명	<신설>	연번	처방 일시	처방내역	비고	처방진료과		처방의사 성명	실시 내역		
					<신설>	<신설>											진료 과목	내과세부 전문과목
													1					
													2	<삭제>				
													3					
													4					
													5					
					6													
C. 추가 정보					C. 추가 정보													
순서	<신설>	항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명									
1					1													
2					2													

20 임상관찰기록자료

현 행				개 정								
문서공통정보				문서공통정보								
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명						
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별						
A. 기본 정보				A. 기본 정보								
입원일시		진료과		1. 진료일시								
		<신설>		2. 진료과		내과 세부전문과목						
담당의사 성명				<삭제>								
담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사											
담당의사 면허번호												
B. 임상관찰기록				3. 작성자 성명								
기록일시	임상관찰기록	작성자 성명		<삭제>								
<신설>				B. 임상관찰기록								
				1. 활력징후	측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	혈당	특이사항
				2. 신체계측	측정일시	체중	신장	두위	흉위	복위	특이사항	
3. 섭취량 & 배설량	측정 시작일시	측정 종료일시	섭취량			배설량			특이사항			
			총량	정맥	기타	총량	배뇨	기타				
4. 기타관찰기록	측정일시	항목명		관찰내용			특이사항					

현 행					개 정				
					5. 첨부				
C. 추가 정보					C. 추가 정보				
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1	〈신설〉				1				
2					2				

21 투석기록자료

현 행				개 정			
문서공통정보				문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보				A. 기본 정보			
진료일시		진료과	<u><신설></u>	<u><삭제></u>	1. 진료과 · 진료과목: · 내과 세부전문과목:	2. 담당의사 성명	
진료형태	○(1) 외래 ○(2) 입원			<u><삭제></u>			
병동		병실					
담당의사성명				<u><2. 담당의사 성명으로 이동></u>			
담당의사면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			<u><삭제></u>			
담당의사면허번호							
작성자성명		작성일시					
B. 환자 정보				B. 환자 정보			
1. 투석시작일	<ul style="list-style-type: none"> · 혈액투석여부: ○(1) Yes ○(2) No - 최초시작일: - 본원 최초시작일: · 복막투석여부: ○(1) Yes ○(2) No - 최초시작일: - 본원 최초시작일: 			<u><삭제></u>			
2. 만성신부전 원인상병	<u>상병명</u>	<u>상병분류기호</u>					
3. 만성신부전 동반상병	<u>상병명</u>	<u>상병분류기호</u>		<u><삭제></u>			

현행													개정										
4. 3급이상의 장애인		<ul style="list-style-type: none"> · 장애여부 ○(1) 해당 ○(2) 미해당 · 장애유형 <input type="checkbox"/> (1)지체장애 <input type="checkbox"/> (2)시각장애 <input type="checkbox"/> (3)청각장애 <input type="checkbox"/> (4)언어장애 <input type="checkbox"/> (5)안면장애 <input type="checkbox"/> (6)장루·요루장애 <input type="checkbox"/> (7)간질장애 <input type="checkbox"/> (8)정신지체 <input type="checkbox"/> (9)정신장애 <input type="checkbox"/> (10)발달장애 											<삭제>										
C. 투석정보																							
1. 투석종류		<input type="checkbox"/> (1) HD <input type="checkbox"/> (2) HDF <input type="checkbox"/> (3) PD (<input type="checkbox"/> (1)CAPD <input type="checkbox"/> (2)IPD <input type="checkbox"/> (3)CCPD <input type="checkbox"/> (4)APD) <input type="checkbox"/> (4) CRRT <input type="checkbox"/> (5) HP											2. 투석종류		<input type="checkbox"/> (1)혈액투석 <input type="checkbox"/> (2)지속적신대체요법								
2. 건체중		()kg											<C.혈액투석 1.혈액투석 건체중으로 이동>										
3. 활력징후		측정 일시	체중	혈압	맥박	호흡	체온	BFR	AP	VP	U.F	특이사항	작성자	<C.혈액투석 2.혈액투석 상세로 이동>									
			<삭제>										<삭제>										
4. 투석횟수		()회/주											<삭제>										
5. 투석기종류													<C.혈액투석 1.혈액투석 투석기로 이동>										
6. 항응고요법		<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Heparin (용량: _____) <input type="checkbox"/> 후탄 (용량: _____) <input type="checkbox"/> 기타											<삭제>										
7. 감염 여부		○Yes(감염내용: _____) ○No(확인불가)																					
<혈액투석>													C. 혈액투석										
<신설>		1. 혈관통로		<input type="checkbox"/> 자가혈관 동정맥루(AVF)(○주 ○부) <input type="checkbox"/> 인조혈관 동정맥루(AVG)(○주 ○부) <input type="checkbox"/> 카테터(○주 ○부)									1. 혈액투석		시작 일시	종료 일시	건체중	투석전 체중	투석후 체중	혈관통로			
				· 카테터 내용 : _____																○(1)AVF ○(2)AVG ○(3)카테터(내용: _____)			
		<신설>													목표수분 제거량	항응고요법 초기	항응고요법 유지	투석기	투석액	작성자 성명			

현 행										개 정																			
										2. 혈액 투석 상세		측정 일시	혈압 수축기 이완기		맥박	호흡	체온	혈류 속도	동맥 압	정맥압									
2. 혈관 협착 모니터링		<신설>								3. 혈관협착 모니터링		협착모니터링 실시여부		○(1) Yes ○(2) No															
		<신설>		<input type="checkbox"/> P/E (시진, 청진, 촉진) <input type="checkbox"/> 정적동정맥루내압비(SIAPR) <input type="checkbox"/> 초음파회석법 <input type="checkbox"/> 듀플렉스 초음파 <input type="checkbox"/> 혈관조영술 <input type="checkbox"/> <신설>				<신설>		측정일시		모니터링 종류				모니터링 결과													
												<input type="radio"/> (1) P/E (시진, 청진, 촉진 등) <input type="radio"/> (2) 정적동정맥루내압비(SIAPR) <input type="radio"/> (3) 초음파회석법 <input type="radio"/> (4) 듀플렉스 초음파 <input type="radio"/> (5) 혈관조영술 <input type="radio"/> (6) 열회석법																	
<복막투석>										<삭제>																			
1. 조혈제		주단위(또는 월단위) · 사용량 :																											
투석액 종류	제품 농도	주입 일시	주입량 합계	배액 일시	배액량 합계	exit	작성자 성명	특이 사항																					
<CRRT 요약지>										D. 지속적인 대체요법																			
<신설>										1. 시작종료일		시작일자		종료일자															
										2. I&O 등		1) 기본																	
시행 일시	섭취량(Intake)		배설량(Output)			혈압(수축기)		맥박수		측정 일자	섭취량		배설량			<삭제>													
	Total	IV	<신설>	Total	<신설>	소변	최고	최저	최고	최저	총량	정맥	기타	총량	투석 배액			배뇨											
	체중		BUN/Cr			<신설>		<신설>		<삭제>		<삭제>			환자상태														
																					<input type="checkbox"/> (1)인공호흡기 적용 <input type="checkbox"/> (2)ECMO 적용 <input type="checkbox"/> (9)기타 ()								

현 행					개 정						
<신설>					2) 수혈						
					측정일자		종류			수혈량	
							○(1) 전혈 ○(2) 적혈구제제 ○(3) 혈소판제제 ○(4) 신선동결혈장제제 ○(5) 동결침전제제 ○(9) 기타 ()				
					3) 기타배액						
		측정일자		종류			배액량				
D. 투석 적절도 평가					3. 활력징후 등						
					측정 일시	혈압 수축기 이완기		맥박	호흡	체온	체중
투석적절도 평가여부 ○(1) Yes ○(2) No					<삭제>						
시행일시		Kt/V									
복막투석적절도 평가여부 ○(1) Yes ○(2) No											
시행일시		Kt/V		PET							
<신설>					E. 간호기록						
					기록일시		간호기록			간호사 성명	
E 추가 정보					F. 추가 정보						
순서	<신설>	항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명		
1					1						
2						2					

22 전입기록자료

현 행				개 정			
문서공통정보				문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보				A. 기본 정보			
입원일시		입원과	<신설>	1. 입원일시		2. 입원과	내과 세부전문과목
병동		병실		<삭제>			
전과일		전입과	<신설>	3. 전과일		4. 전입과	내과 세부전문과목
		<신설>	<신설>			5. 전출과	내과 세부전문과목
담당의사 성명				6. 담당의사 성명			
담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			7. 담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사		
담당의사 면허번호				<삭제>			
작성자 성명		작성일시		8. 작성자 성명		9. 작성일시	
B. 전입 기록				B. 전입 기록			
1. 진단	확진 여부	진단명	상병분류기호	<B.전입 기록 2.진단으로 이동>			
	(1) 확진 (2) 의증						
2. 시술·처치 및 수술	시행일시	시술·처치 및 수술명		<삭제>			
3. 주소							
4. 현병력				1. 환자상태			
<신설>				1) 현병력			
				2) 신체검진			
				3) 문제목록			

현 행					개 정					
5. 인수시점의 환자 상태		- 환자상태	<input type="checkbox"/> (1)응급 <input type="checkbox"/> (2)안정 <input type="checkbox"/> (9)기타			<삭제>	<삭제>			
		- 문제목록					<B.전입 기록 1. 환자상태로 이동>			
6. 치료계획					<B.전입 기록 3.치료계획으로 이동>					
					2. 진단		상병분류구분	진단명	상병분류기호	
							○(1)주상병			
							○(2)부상병			
							○(3)배제 상병			
							○(1)주상병			
							○(2)부상병			
							○(3)배제 상병			
					3. 치료계획					
C. 추가 정보					C. 추가 정보					
순서	<신설>	항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명	
1					1					
2					2					

23 전출기록자료

현행				개정			
문서공통정보				문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보				A. 기본 정보			
입원일시		입원과	<신설>	1. 입원일시		2. 입원과	내과 세부전문과목
병동		병실		<삭제>			
전과일		전출과	<신설>	3. 전과일		4. 전출과	내과 세부전문과목
		<신설>	<신설>			5. 전입과	내과 세부전문과목
담당의사 성명				6. 담당의사 성명			
담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			7. 담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사		
담당의사 면허번호				<삭제>			
작성자 성명		작성일시		8. 작성자 성명		9. 작성일시	
B. 전출기록				B. 전출기록			
1. 전과사유	<input type="checkbox"/> (1) 수술 <input type="checkbox"/> (2) 합병증 <input type="checkbox"/> (3) 동반질환 <input type="checkbox"/> (9) 기타()			1. 전과사유	<삭제>		
2. 진단	확진 여부		진단명	<B.전출기록 5.진단으로 이동>			
	○(1) 확진		상병분류기호				
	○(2) 의증						
3. 시술·처치 및 수술	시행일시		<B.전출기록 4.시술·처치 및 수술로 이동>				
	시술·처치 및 수술명						
4. 주요 검사결과				<B.전출기록 3.주요 검사결과로 이동>			
5. 인수시점의 환자상태	환자상태	<input type="checkbox"/> (1)응급 <input type="checkbox"/> (2)안정 <input type="checkbox"/> (3)기타		<삭제>			
	환자상태	문제목록					
6. 치료계획				<삭제>			
<신설>							

현행					개정						
					3. 주요 검사결과						
					4. 시술·처치 및 수술		시행일시		시술·처치 및 수술명		
					5. 진단						
							상병분류구분		진단명	상병분류기호	
							○(1)주상병				
							○(2)부상병				
							○(3)배제 상병				
							○(1)주상병				
							○(2)부상병				
							○(3)배제 상병				
C. 추가 정보					C. 추가 정보						
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명		
1	〈신설〉				1						
2					2						

24 시술기록자료

현 행						개 정							
문서공통정보						문서공통정보							
환자 등록번호		환자성명				환자 등록번호		환자 성명					
환자 생년월일		환자 성별				환자 생년월일		환자 성별					
A. 기본 정보						A. 기본 정보							
진료형태	○(1) 외래 ○(2) 입원					<삭제>							
환자도착일시		환자퇴실일시											
시술시작일시		시술종료일시				1. 시술 시작일시		2. 시술 종료일시					
수술의사	구분	진료과	<신설>	성명	면허종류	면허번호	3. 시술 의사	구분	진료과	내과세부 전문과목	성명	<삭제>	면허 번호
	○(1) 집도의 ○(2) 보조의					○(1) 의사 ○(2) 치과의사			○(1) 집도의 ○(2) 보조의				
작성자 성명		작성일시				4. 작성자 성명		5. 작성일시					
B. 시술 정보						B. 시술 정보							
1. 시술명	<신설>					1. 시술명							
2. 시술 전 진단명	<신설>					2. 시술수가코드							
3. 시술 후 진단명	<신설>					3. 시술 전 진단	진단명	상병분류기호					
4. 마취과 개입여부	<신설> ○(1) Yes ○(2) No					4. 시술 후 진단	진단명	상병분류기호					
5. 시술절차	<신설>					5. 마취	• 마취종류: _____ • 마취통증의학과 개입여부 ○(1)Yes ○(2)No						
6. 중요(특이)사항	<신설>					6. 시술절차							
	<신설>					7. 중요(특이)사항							

현행								개정									
7. 수혈		1) 수혈 여부 ○(1) Yes ○(2) No · 수혈한 혈액 종류() · 출혈량 () · 수혈량 ()															
										<삭제> <C.기타정보 4.수혈의 혈액종류로 이동>							
								8. 출혈량									
								9. 합병증									
										<C.기타정보 4.수혈의 수혈량으로 이동>							
8. 응급조직 병리검사								10. 응급조직 병리검사									
								C. 기타 정보									
9. 활력징후		측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소 포화도	특이 사항	1. 활력징후		측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소 포화도	특이 사항
C. 기타 정보																	
1. 시술 중 투약 (마취제포함)		투약일시	약품명	약품코드	1회 투약량			<신설>	2. 시술 중 투약 (마취제 포함)		투약일시	약품코드	약품명	1회 투약량	단위		
2. 치료재료 및 소모품		재료 코드	재료명	<신설>	단위	수량	반납량	수가 코드	보험	3. 치료재료		재료 코드	재료명	규격	수량	단위	<삭제>
								4. 수혈		혈액종류 수혈량							
								5. 신체정보		· 신장: ()cm · 체중: ()kg							
3. 첨부								6. 첨부									
D. 추가 정보								D. 추가 정보									
순서		항목명	내용		라벨명			순서	항목코드	항목명	내용		라벨명				
1	<신설>							1									
2								2									

25 투약기록자료

현행								개정							
문서공통정보								문서공통정보							
환자 등록번호				환자 성명				환자 등록번호				환자 성명			
환자 생년월일				환자 성별				환자 생년월일				환자 성별			
A. 기본 정보								A. 기본 정보							
1. 처방당시 몸무게		()kg						1. 처방당시 몸무게		()kg					
2. 몸무게별 처방단위								2. 몸무게별 처방단위							
3. 체표면적(BSA)		()mg/m ²						3. 체표면적(BSA)		()mg/m ²					
4. 원내여부		○(1) 원외처방 ○(2) 원내조제(사유:)								<삭제>					
5. 비고										<C. 항암화학요법 6.비고로 이동>					
<신설>								<신설>							
<신설>								B. 투약 정보							
처방일시	실시일시	처방분류	약품명	약품코드		1회투약량	단위	처방일자		처방분류	약품코드	약품명	투여경로	1회투약량/단위	
		○ 일반 ○ 응급 ○ 원외 ○ PRN ○ D/C			<신설>				<하단 실시일시로 이동>	○(1)원내 ○(2)지참약 ○(3)D/C ○(4)퇴원약 ○(5)원외					
용법	1일투여횟수	항암요법분류			투여주기	투여단계	투여속도		1일투여횟수	<C. 항암 화학요법 3.투여요법으로 이동>	<C. 항암화학요법 6.투여주기로 이동>	<C. 항암 화학요법 5.투여단계로 이동>	<삭제>		
		○(1)선행화학요법 ○(2)수술후보조요법 ○(3)고식적요법 ○<신설>						<삭제>							
		처방진료과	처방의사성명	실시자성명				총투약일수	투여여부	실시일시	처방진료과		비고		
<신설>	<신설>	· <신설>				<신설>		○(0)해당사항없음 ○(1)정상투여 ○(2)미시행 (사유:)			· 진료과목: · 내과세부전문과목	<삭제>	<삭제>		

현 행					개 정				
<신설>					C. 항암화학요법				
					1. 항암치료 여부		○(1) Yes ○(2) No		
<신설>					2. 암종 및 병기				
					3. 투여요법		○(01) 선행화학요법 ○(02) 수술 후 보조요법 ○(03) 고식적요법 ○(04) 항암화학방사선요법 ○(99) 기타(_____)		
<신설>					4. 항암화학요법명				
					5. 투여단계				
<신설>					6. 투여주기				
					7. ECOG PS				
<신설>					8. 비고				
					B. 추가 정보				
순서	<신설>	항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1					1				
2						2			

현 행											개 정									
활력 징후	측정 일시	교정 주수	체중	혈압	맥박	호흡	체온	산소 포화도	<신설>	특이 사항	<u><C.신생아중환자실 관찰 기록 1.활력징후 등, 2. 신체계측으로 이동></u>									
B. 신생아중환자실 경과											B. 신생아중환자실 입·퇴실 정보									
입실일시	퇴실일시		담당의사 성명		담당의사 면허종류						<B. 신생아중환자실 입·퇴실정보 3. 입실로 이동>		<B. 신생아중환자실 입·퇴실정보 4. 퇴실로 이동>		1. 담당의사 성명		<삭제>			
													<삭제>		2. 작성자 성명		<삭제>			
	담당의사 면허번호		작성자 성명		작성일시															
입실 사유 <input type="checkbox"/> (1) 미숙아 집중관찰 <input type="checkbox"/> (2) 저체중 집중관찰 <input type="checkbox"/> (3) 재태기간 출생체중과 관계없이 환아의 상태가 위중한 경우 - 사유 <input type="checkbox"/> (1) 호흡기계 <input type="checkbox"/> (2) 순환기계 <input type="checkbox"/> (3) 소화기계 <input type="checkbox"/> (4) 신경계 <input type="checkbox"/> (5) 신생아 감염증 <input type="checkbox"/> (6) 선천성 기형 <input type="checkbox"/> (7) 황달 <input type="checkbox"/> (4) 특수치료 - 특수치료 종류 <input type="checkbox"/> (1) 인공호흡기 <input type="checkbox"/> (2) HFNC <input type="checkbox"/> (3) 저체온 치료장비 <input type="checkbox"/> <신설> <input type="checkbox"/> (9) 기타()											3. 입실		1) 입실 일시							
													2) 입실 경로		<input type="checkbox"/> (1) 수술실 <input type="checkbox"/> (2) 응급실 <input type="checkbox"/> (3) 외래 <input type="checkbox"/> (4) 분만실 <input type="checkbox"/> (5) 타병동에서 전실 <input type="checkbox"/> (9) 기타()					
		3) 입실사유		<input type="checkbox"/> (1) 미숙아 집중관찰 <input type="checkbox"/> (2) 저체중 출생아 집중관찰 <input type="checkbox"/> (3) 재태기간이나 출생체중과 관계없이 환아의 상태가 위중한 경우 - <삭제> <input type="checkbox"/> (4) 특별한 처치 또는 관리가 필요한 경우 - <삭제> <input type="checkbox"/> (5) 의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실 (사유: _____) <input type="checkbox"/> (9) 기타 ()																
		4) 입실 시 체중		()g																

현 행		개 정					
<u>퇴실결과</u> ○(1)퇴원 ○(2)전실(신생아실, 병동) ○(3)전실(ICU) ○(4)전원 ○(5)사망 ○(6)중환자실 계속 입원 ○<신설> ○<신설> ○<신설>		4. 퇴실	1) 퇴실 상태	○(01)퇴원 ○(02)전실(병동) ○(03)전실(ICU) ○(04)전실(신생아실) ○(05)전원 ○(06)사망 ○(07)뇌사판정(이식) ○(08)계속 입원 ○(99)기타()			
<신설>			2) 사망 현황	사망일시			
				원사인 상병분류기호			
				진단명			
		3) 퇴실 일시					
<u>퇴원시 환자상태</u> <input type="checkbox"/> (01) Feeding tube <input type="checkbox"/> (02) Tracheostomy, 인공호흡기, 산소 <input type="checkbox"/> (03) 장루	<u>퇴원 시 교육 실시 여부</u> <input type="checkbox"/> (00) 시행안함 <input type="checkbox"/> (01) Feeding tube <input type="checkbox"/> (02) Tracheostomy, 인공호흡기, 산소 <input type="checkbox"/> (03) 장루	<삭제>					
주의사항							
C. 기타 정보		C. 신생아중환자실 관찰 기록					
집중영양치료	1) TPN 시행 여부 ○(1) Yes ○(2) No		<삭제>				
	- 집중영양치료팀 협진 여부 ○(1) Yes ○(2) No						
	2) 장관영양 시행 여부 ○(1) Yes ○(2) No						
	- 집중영양치료팀 협진 여부 ○(1) Yes ○(2) No						
모유수유	<u>모유수유 실시 여부</u>		<삭제>				
	○(1) Yes(실시 건수: 건) ○(2) No(미실시 사유:)						
중심도관	1) NICU 입실 이후 중심도관 삽입 또는 교체 여부		<삭제>				
	○(1) Yes ○(2) No						
	종류	삽입일자				제거일자	참고사항
	○(1) UVC ○(2) PCVC ○(9) 기타()						

현 행		개 정									
중증도 평가도구	1) 본원에서 출생한 출생체중 1500g 미만 여부 ○(1) Yes ○(2) No										
	- 중증도 평가 시행 여부 ○(1) Yes ○(2) No										
	측정일시	평가도구 종류									
		○(1)SNAP ○(2)SNAP-PE ○(3)SNAP- II ○(4)SNAPPE- II ○(5)NTISS ○(6)CRIB- II ○(9)기타()									
		1. 활력 징후 등	측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소 포화도	혈당	교정 주수	특이 사항
		2. 신체 계측	측정일시	신장	체중	두위	흉위	복위	특이사항		
<신설>		3. 기타 관찰기록	측정일시	항목명			관찰내용	특이사항			
		4. 간호기록	기록일시	간호기록			간호사 성명				
		<신설>									
		D. 기타 정보									
<신설>		1. 인공호흡기	1) 적용 여부 ○(1)Yes ○(2)No								
			2) 적용 기간								
		시작일시	종료일시	유형	참고사항						
<신설>		2. 산소요법	1) 적용 여부 ○(1)Yes ○(2)No								
			2) 적용 기간								
		시작일시	종료일시	유형	참고사항						

현 행	개 정				
<신설>	3. 삽입관 및 배액관	1) 적용 여부 ○(1)Yes ○(2)No			
		2) 종류 및 적용 기간			
		종류	삽입 일시	제거 일시	참고 사항
		○(01)Umbilical venous catheter			
		○(02)Umbilical arterial catheter			
		○(03)Peripherally inserted			
		central catheter			
		○(04)Arterial catheter			
		○(05)Central venous catheter			
		○(06)Tracheostomy			
		○(07)Endotracheal tube			
		○(99)기타()			
4. 장루	1) 장루 유무 ○(1)Yes ○(2)No ○(9)기타()				
	2) 시행 및 처치 내용				
	시행일	처치 내용			
		□(1)장루처치 □(2)교육 및 상담 □(9)기타()			
		□(1)장루처치 □(2)교육 및 상담 □(9)기타()			
5. 식이	시행일	종류			
		□(1)모유수유 □(2)분유수유 □(3)혼합수유			
		□(4)금식 □(9)기타()			
		□(1)모유수유 □(2)분유수유 □(3)혼합수유			
		□(4)금식 □(9)기타()			
6. 기타 처치	1) 시행 여부				
	□(00)해당없음 □(01)광선요법 □(02)저체온요법				
	□(03)하기도 증기흡입요법 □(04)교환수혈				
	□(05)심폐소생술 □(99)기타()				
	2) 참고사항				

현 행					개 정				
<신설>					7. 첨부				
D. 추가 정보					E. 추가 정보				
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1	<신설>				1				
2					2				

27 의원급 진료기록자료

현 행										개 정																													
문서공통정보										문서공통정보																													
환자 등록번호					환자 성명					환자 등록번호					환자 성명																								
환자 생년월일					환자 성별					환자 생년월일					환자 성별																								
A. 기본 정보										A. 기본 정보																													
<신설>					진료과					1. 진료형태					○(1) 입원					2. 진료과					내과 세부전문과목														
					<신설>										○(2) 외래																								
진료일					<신설>					1) 진료일시																													
															2) 입원일시										3) 퇴원일시														
담당의사 성명										3. 담당의사 성명																													
담당의사 면허종류					○(1)의사 ○(2)치과의사 ○(9)한의사					<삭제>					<삭제>					<삭제>																			
전화번호					담당의사 면허번호																																		
<신설>										4. 작성자 성명										5. 작성일시																			
B. 진료기록										B. 진료기록																													
주소 & 현병력					<신설>					1. 주소 및 현병력					주소 및 현병력					발병시기																			
과거력					□당뇨 □고혈압 □결핵 □간염 □기타()					2. 과거력					<삭제>					<삭제>																			
<신설>										3. 계통문진																													
신체검진					<신설>					4. 신체검진																													
활력징후										측정 일시					5. 활력징후 및 신체계측					측정 일시					특이 사항														
진단					<신설>					진단명					상병분류기호					6. 진단					상병분류구분					진단명					상병분류기호				
																									○(1)주상병 ○(2)부상병 ○(3)배제 상병														

현행							개정									
<신설> 처방							7. 치료계획									
							8. 처방									
<신설> 구분 처방명 수가코드 용법 1회투약량 1회투여횟수 총투약일수							처방구분 <input type="checkbox"/> (0) 해당없음 <input type="checkbox"/> (1) 검사 <input type="checkbox"/> (2) 처치 <input type="checkbox"/> (3) 투약 <input type="checkbox"/> (9) 기타()									
							처방일시 <신설>		처방명		수가코드		1일실시횟수 <신설>		총실시횟수 <신설>	
○해당없음 ○원내 ○원외																
							처방 일시 <신설>	투약처방 구분 ○<삭제> ○(1)원내 ○(2)원외	약품명 <신설>	약품 코드 <신설>	용법	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수		
C. 경과기록							C. 경과기록									
작성일시		경과 및 치료과정					1. 경과		연번	기록일시		경과 및 치료과정				
									1							
									2							
<신설>							2. 첨부									
D. 추가 정보							D. 추가 정보									
순서	<신설>	항목명	내용			라벨명	순서	항목코드	항목명	내용			라벨명			
1																
2																

28 방사선치료기록자료

현 행				개 정						
문서공통정보				문서공통정보						
환자 등록번호		환자 성명		환자 등록번호		환자 성명				
환자 생년월일		환자 성별		환자 생년월일		환자 성별				
A. 기본 정보				A. 기본 정보						
진료형태	○(1) 외래 ○(2) 입원			1. 진료형태	○(1) 입원 ○(2) 외래					
진료과		<신설>		2. 진료과		내과 세부전문과목				
병동		병실		<삭제>						
담당의사 성명				3. 담당의사 성명						
담당의사 면허종류		담당의사 면허번호		<삭제>						
작성자 성명		작성일시		<삭제>						
<신설>				B. 방사선 치료 정보						
<신설>				1. 진단	상병분류구분	진단명	상병분류기호			
					○(1)주상병 ○(2)부상병 ○(3)배제 상병					
				2. 신생물	암병기설정일	종양 종류	임상 암병기			
							암병기 Stage	TNM분류		
						○(1)원발성 ○(2)재발성 ○(9)기타()		T() N() M()		
						○(1)원발성 ○(2)재발성 ○(9)기타()		T() N() M()		
				3. 치료목적						

현 행					개 정							
<u><신설></u>					C. 방사선 치료 요약 기록							
<u><신설></u>					1. 방사선 치료 방법							
					2. 치료 내용							
					연번	치료 시작일	치료 종료일	치료부위	분할선량	총 치료횟수	총선량	작성자성명
					1							
					2							
					3. 치료 결과							
B. 방사선 치료 정보					D. 방사선 치료 기록							
진료일시					1. 방사선 치료							
	수가코드	진단명	치료명칭	치료부위	연번	치료일시	치료구분<신설>		치료명	수가코드		
		<u><B. 방사선 치료정보 1.진단으로 이동></u>			1		○(1)방사선 모의치료 및 치료계획 ○(2)방사선 치료					
	총선량/횟수	금일선량	누적선량	전신상태 평가점수		치료부위	치료횟수	일일선량	누적선량	작성자성명	참고사항	
				<u><삭제></u>						<u><신설></u>		
	치료목적											
	<u><B.방사선 치료 정보 3.치료목적으로 이동></u>											
	치료결과											
	<u><C.방사선 치료 요약 기록 3.치료 결과로 이동></u>											
	중요(특이)사항									<u><신설></u>		
첨부					2. 첨부							
C. 추가 정보					E. 추가 정보							
순서		항목명	내용	라벨명	순서	항목코드	항목명	내용	라벨명			
1	<u><신설></u>				1							
2					2							