

계명대학교 동산병원 인증  
진료 규정

지침서 (I-013)  
퇴원 및 전원 지침

|         |   |
|---------|---|
| 관련 규정   | 진료 규정 제15조  |
| 입안 부서   | 입원원무팀   |
| 담당 부서   | 입원원무팀, 가정간호사업실, 간호부,<br>진료협력센터  |
| 제정 일    | 2004년 01월 01일   |
| 검토 주기   | 2년  |
| 검 토     | 2010년 11월/12년 11월/13년 07월/14년 10월/16년 06월/17년<br>03월/18년 10월/19년 06월/19년 11월/20년 03월/20년 11월  |
| 승 인 일   | 2010년 11월 30일/12년 11월 27일/13년 07월 30일/14년 10월<br>28일/16년 07월 13일/17년 04월 07일/18년 11월 01일/19년<br>06월 26일/19년 12월 13일/20년 03월 31일/20년 11월 25일 |
| 최근 개정   | 2010년 11월/13년 07월/14년 10월/16년 07월/17년 04월/18년<br>11월/19년 06월/19년 12월/20년 03월/20년 11월  |
| 검 토 예 정 | 2022년 11월   |

## 계명대학교 동산병원 인증 진료 규정

지침서 (I-013)  
퇴원 및 전원 지침

### 목적 (Purpose) :

퇴원 및 전원 결정과정에 환자 또는 보호자가 참여하며, 퇴원계획 수립, 퇴원 설명, 퇴원 후 추후관리 정보제공, 필요 시 가정간호, 전원서비스 및 의뢰서비스 등을 제공하여 진료의 연속성을 유지하기 위함이다.

### 적용범위 (Application) :

본 병원에 내원한 환자의 퇴원 및 전원, 협력병원에 관한 사항은 이 지침에 따른다.

### 정책 (Policy) :

1. 퇴원 및 전원 결정과정에 환자를 참여시킨다.
2. 퇴원 전에 퇴원기록지를 작성한다.
3. 퇴원 시 진료의 연속성을 유지하기 위해 필요한 정보를 제공한다.
4. 퇴원 시 가정간호가 필요한 경우 가정간호서비스를 안내한다.
5. 전원 및 의뢰서비스를 제공한다.

### 절차 (Procedure) :

1. 퇴원 절차
  - 가. 퇴원계획: 담당의사는 환자의 상태에 따라 입원 시 퇴원계획을 수립한다.
  - 나. 환자 또는 보호자를 퇴원 결정과정에 참여시켜 퇴원 예정일, 예상 진료비, 퇴원 준비사항 등을 알려주고 퇴원 후 거주 장소에 대해 확인한다.
  - 다. 퇴원예고: 퇴원결정이 되면 의사는 전산으로 퇴원확정을 하고, 퇴원전일 환자 또는 보호자에게 퇴원예고를 하며 환자상태에 따라 당일 퇴원예고를 할 수 있다.
  - 라. 담당의사는 퇴원 전 퇴원기록을 작성한다.
  - 마. 퇴원 시 정보제공 및 교육
    - : 간호사는 퇴원지시 된 환자에게 퇴원안내문(절차안내, 내원일정 및 검사, 가정간호 등 퇴원 후 관리, 주의사항 및 의료기관에 문의를 요하는 증상, 퇴원약 등, 별첨1)을 제공하고 퇴원교육을 실시한다. 단, 사망환자, DNR 등의 경우 제외할 수 있다.
  - 바. 의사의 판단이 아닌 환자 또는 보호자의 요청에 의한 퇴원일 경우 그에 따른 위험을 설명하고 자의적 퇴원임을 서명 받아 문서화한다.
  - 사. 가정간호가 필요한 환자는 가정간호사실로 연계한다.
    - 1) 가정간호가 필요한 경우 담당의사는 전산으로 가정간호를 의뢰한다.
    - 2) 가정간호전문 간호사는 가정간호가 의뢰된 환자와 상담한다.

- 3) 상담 후 가정간호 제공이 결정된 경우 가정간호서비스를 제공한다.
  - 4) 본원의 가정간호서비스 제공영역을 벗어나는 지역으로 퇴원하는 경우, 해당 지역병원에서 가정간호 서비스를 제공받을 수 있도록 의사소견서를 제공한다.
- 아. 퇴원지시가 내려진 환자의 진료비는 심사평가팀에서 심사하고, 심사가 완료되면 간호사가 퇴원수속 하도록 환자 또는 보호자에게 알려준다.
- 자. 퇴원비는 퇴원접수창구 및 원무매니저실에서 확인할 수 있으며, 예상 진료비는 입원원무팀 및 원무매니저실에서 확인할 수 있다.

2. 정신건강의학과외의 경우 아래의 퇴원 절차를 포함한다.

가. 퇴원계획 수립 시점

- 1) 자의입원, 동의입원: 2개월마다 퇴원의사를 확인하여 퇴원계획을 수립한다.
- 2) 보호의무자에 의한 입원: 3개월 이내 퇴원 계획을 수립한다. 단, 최초 입원 후 지정진단의료기관에 소속된 다른 전문의의 진단이 없는 경우 입원 후 2주 이내에 퇴원계획을 수립한다.

나. 퇴원계획 수립 예외 환자

- 1) 환자 또는 보호의무자가 예고 없이 퇴원요청을 하는 경우
- 2) 입원당일 퇴원 요청한 경우
- 3) 응급 전원으로 퇴원하는 경우
- 4) 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제59조의 결정에 따라 퇴원 등의 명령을 받은 경우

다. 퇴원 시 환자교육 및 퇴원요약 정보의 제공

1) 퇴원 시 환자교육

: 간호사는 퇴원지시 된 환자에게 퇴원안내문(절차안내, 내원일정 및 검사, 가정간호 등 퇴원 후 관리, 주의사항 및 의료기관에 문의를 요하는 증상, 퇴원약 등, 별첨1)을 제공하고 퇴원교육을 실시한다.

2) 퇴원요약 정보의 제공

가) 의사는 퇴원약, 입원경과, 치료결과, 검사결과, 향후 치료계획, 기타 특이사항 등을 퇴원기록지에 기록한다.

나) 간호사는 퇴원안내문과 함께 정신재활서비스 연계체계(지역사회 전문기관)에 대한 안내문을 제공한다.

라. 관련 법률에서 제시하고 있는 퇴원 시 필요한 절차 및 서류

- 1) 자의 입원, 동의 입원 및 보호의무자에 의한 입원환자의 퇴원 시 퇴원신청을 받는다.
- 2) 정신건강의학과 전문의가 환자 본인의 의사판단 능력이 미흡하다고 판단하는 경우 보호의무자의 동의로 갈음한다.
- 3) 응급입원 환자의 퇴원결정은 정신건강의학과 전문의의 퇴원결정이 있어야 한다.
- 4) 담당의사는 계속입원이 필요한 경우 환자 또는 보호의무자에게 ‘입원등 환자 퇴원등 의사 확인서(별첨2)에 서명을 받고, 관련 서류는 의무기록으로 보관한다.
- 5) 담당의사는 환자 및 보호의무자가 동의할 경우 ‘퇴원등 사실통지서(별첨3)’에 서명을 받고 정신건강복지센터의 장 또는 보건소에 보낸다.
- 6) 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 사람 또는 보호의무자가 퇴원등을 신청한 경우 정당한 사유가 없으면 지체 없이 퇴원시켜야 한다. 보호의무자에 의한 입원의 퇴원 시 담당의사는 ‘퇴원 등 통지서(별첨4)’를 환자 및 보호자에게 서면 통지한다.

마. 환자 또는 보호의무자에게 안내해야 할 정보

1) 퇴원안내문을 제공한다.

2) 정신재활서비스에 대한 연계체계를 안내한다

바. 퇴원 시 담당의사는 퇴원등 사실통보서를 작성하고, 환자 또는 보호의무자에게 퇴원사실에 대하여 해당 보건소에 통지하는 것을 동의하는지 확인한다.

1) 동의 시 퇴원등 사실통보서를 해당 보건소에 보낸다.

2) 동의거부 시 의무기록에 거부 사실을 기록한다.

### 3. 정신건강의학과 입원 유형별 계속입원 절차

#### 가. 자의 입원

1) 환자가 계속 입원이 필요할 경우, 2개월마다 퇴원 의사를 확인 한다

2) 퇴원의사 확인은 ‘입원등 환자 퇴원등 의사 확인서’를 활용하여 환자의 퇴원의사를 확인하며, 이를 의무기록으로 보관한다.

#### 나. 동의 입원

1) 환자가 계속 입원이 필요할 경우, 2개월마다 퇴원 의사를 확인 한다

2) 퇴원의사 확인은 ‘입원등 환자 퇴원등 의사 확인서’를 활용하여 환자의 퇴원의사를 확인하며, 이를 의무기록으로 보관한다.

3) 환자가 퇴원 신청을 하였으나 정신건강의학과 전문의의 진단결과 환자치료와 보호의 필요성이 인정되고, 보호의무자가 퇴원에 동의하지 않는 경우 퇴원을 제한할 수 있다.

가) 퇴원제한 요건을 충족할 경우 정신건강의학과 과장은 퇴원 신청을 받은 때부터 72시간(주말 및 공휴일 제외) 동안 퇴원을 거부할 수 있다.

나) 72시간의 기산점은 환자가 퇴원 의사를 구두로 밝히거나 서류로 제출한 때를 기준으로 판단하며, 둘 다 있을 때에는 서류를 제출한 시점이 퇴원제한 시간인 72시간의 시작으로 인정한다.

다) 퇴원을 거부하는 경우 지체 없이 환자와 보호의무자에게 서면 또는 전자문서로 그 거부사유와 법 제55조에 따라 퇴원등 심사를 청구할 수 있음을 통지하여야 하며, 이 때 퇴원등 거부사유 및 퇴원등심사청구권([ ]고지서 [ ]통지서)(별첨5)을 제공한다.

라) 퇴원등 거부사유 및 퇴원등심사청구권([ ]고지서 [ ]통지서)은 정신질환자의 서명을 받아 원본은 기관에 보관하고, 사본 한 부를 정신질환자에게 전달한다. 보호의무자에게는 사본 한부를 직접 서면으로 전달하거나 문자, 이메일, FAX 등의 방식으로 송부한다.

4) 퇴원제한 요건을 만족하는 경우 72시간 내에 다른 유형의 입원으로 전환할 수 있다. 72시간 내에 다른 입원 절차를 전환되지 못했을 경우 바로 퇴원시켜야 한다.

5) 보호입원 유형으로 전환할 경우 보호입원 절차에 따라 진행한다.

#### 다. 보호의무자에 의한 입원

1) 최초입원 시 2주 이내로 입원이 가능하고 2주 이상으로 입원이 필요한 경우 지정 진단의료기관에 소속된 다른 전문의의 진단이 일치하면 최초입원일로부터 3개월 동안 입원할 수 있다. 3개월 이상으로 입원기간을 연장할 경우 3개월 안에 입원연장 심사를 청구해야 한다.

2) 구비서류(보호의무자 2인)

가) 입원등 연장심사청구서(별첨6)

나) 치료를 위한 입원등 기간연장 통지서(별첨7)

다) 전문의 1인의 입원연장을 권고한 권고서(진단결과서)(별첨8)

3) 퇴원 제한 요건을 충족할 경우 퇴원을 거부할 수 있으며, 지체 없이 환자와 보호의무자에게 퇴원 등 거부사유 및 퇴원등심사청구권([ ]고지서 [ ]통지서)을 서면으로 전달하거나 문자, 이메일, FAX

등의 방식으로 송부한다.

라. 응급입원

- 1) 계속 입원이 필요할 경우, 3일 이내(공휴일 제외)의 기간 내에 자의입원, 동의입원, 보호입원 중 하나의 입원 유형으로 전환해야 하며, 입원 유형별 입원 시 절차에 따라 진행한다.
- 2) 행정입원을 해야 하는 경우 3일 이내(공휴일 제외)에 ‘진단 및 보호신청서(별첨9)’와 ‘진단결과서’를 지자체장에게 통지하고 환자를 지정 정신의료기관으로 이송해야 한다.
- 3) 다른 입원으로 전환되지 않으면 3일 이내(공휴일 제외)의 입원기간이 만료된다.

4. 전원 절차

가. 전원의 결정은 진료를 담당한 의사가 한다.

나. 환자를 전원 할 경우

- 1) 중증·급성기 치료는 종료되었으나 의학적으로 지속적인 치료 또는 일정기간동안 후속적인 1단계 요양급여가 필요한 경우
- 2) 환자의 치료를 위해 담당의사가 전원이 필요하다고 판단한 경우
- 3) 본원에서 시행하지 않는 시술, 수술, 약물요법 등의 치료가 필요한 경우
- 4) 응급환자에 대하여 적절한 응급의료를 행할 수 없다고 판단한 경우
- 5) 말기환자의 완화의료 서비스를 위한 전원이 필요한 경우
- 6) 환자나 보호자가 원하는 경우. 단, 환자상태가 불안정하거나, 이동 중 상태악화가 우려되는 경우 예외.

다. 전원(회송)병원으로의 의뢰 절차

- 1) 전원(회송)이 필요한 경우 담당의사가 환자 또는 보호자에게 전원에 대한 동의를 구한 뒤 EMR로 전원의의뢰를 하고 전원병원에 제공할 환자의 요양급여회송서(별첨10, 환자상태, 검사결과, 처방내역, 전원사유 및 내용 등)를 작성한다.
- 2) 환자 또는 보호자는 전원병원 결정 과정에 참여하며, 진료협력센터 담당간호사는 전원리스트에서 전원의의뢰 내용을 확인하고 환자 또는 보호자와 상담하여 환자의 요구와 일치하는 전원병원을 선정하고 환자의 진료요구에 부합하는 의료기관인지를 확인한다.
- 3) 환자의 질병상태와 치료에 대한 정보를 전원 할 병원의 담당의사나 전원담당에게 제공하여 전원할 병원의 수용능력을 확인한다.
- 4) 진료협력센터 담당간호사는 EMR로 전원 진행상황을 담당의사에게 회신한다.
- 5) 담당의사는 전원 의뢰에 대한 회신사항(전원기관, 운송수단, 준비사항, 별첨11)을 확인하고 전원을 한다.
- 6) 진료협력센터 담당자는 전원 환자에게 진료정보 전송에 대한 내용을 설명하고 회송환자개인정보제공 동의서(별첨14)를 징구하여 진료의뢰·회송 중계시스템을 통해 환자를 회송 받는 요양기관으로 전송한다.

라. 담당의사는 안전한 환자이송을 위해 환자상태에 따라 구급차 이용 여부와 의료인의 동승 여부를 결정한다.

- 1) 이송에 필요한 구급차는 지정된 응급환자이송업체 연락처를 보호자에게 안내하고, 전원병원에서 구급차 지원이 가능한 경우에는 요청한다.
- 2) 단순이송일 경우에 환자가 구급차를 원하지 않을 때는 제공하지 않는다.
- 3) 안전한 환자 이송을 위해 응급환자 이송 중에는 동승한 의료인이나 응급구조사가 지속적으로 환자를 모니터링하며 담당 의료인에게서 응급의료 지시를 받는다.

마. 환자가 진료기록사본(의무기록, 검사결과, 영상자료 등)을 요청하면 진료기록사본 발급신청서에 본인의 동의를 받고 제공한다.

바. 말기환자의 완화의료 서비스를 위한 전원의 경우에도 본 지침에 따라 전원을 한다.

#### 5. 진료협력 체결 절차 및 환자의뢰 절차

##### 가. 병·의원과의 진료협력 체결 절차

- 1) ‘협력 의료기관’이란 본 병원과 특별한 이해관계가 없는 의료기관이 진료협력을 위한 협약을 체결, 경영 정보 교류 및 환자의뢰와 회송 등을 위한 시스템을 갖추고 긴밀한 협진체계를 유지하는 의료기관을 의미한다.
- 2) 협력 의료기관에서 진료의뢰와 전원(회송)을 효율적으로 수행하기 위하여 협력 의료기관 체결을 신청하면 진료협력센터에서 의료기관 개설허가증과 협력 의료기관 체결 신청서 내용을 검토한다.
- 3) 협력 의료기관은 병원장의 승인을 받아 지정하며 분기별로 현황을 병원장에게 보고한다.

##### 나. 협력 의료기관에서의 초진환자 진료 예약 및 접수 절차

- 1) 초진환자가 진료를 원할 경우 진료협력센터를 통하여 진료예약(전화, 인터넷, 모바일, 직접방문 등)을 한다.
- 2) 진료 의뢰된 환자는 진료의뢰서를 지참하고 내원하여 진료협력센터에 처음 오신 분/진료과 첫 방문 창구에서 접수한다.
- 3) 접수담당자는 접수 시 동의서(개인정보수집 이용, 개인정보 제3자 제공, 일반, 별첨12)에 동의서명을 받는다.
- 4) 접수된 의뢰환자는 진료 당일 해당 진료과에서 진료를 받는다.

##### 다. 의뢰환자 진료정보공유

- 1) 진료협력센터에서는 진료의뢰 환자 중 개인정보 제3자 제공에 대한 동의가 있는 경우 담당의사가 회신할 수 있도록 의뢰정보를 등록한다.
- 2) 담당의사는 진료회신서 작성 대상 리스트에서 진료회신서(별첨13)를 작성하여 의뢰한 의사에게 회신한다.

#### **참고자료 (Reference) :**

1. 정신건강복지법 제41조, 제42조, 제43조, 제44조, 제50조
2. 정신건강복지법 시행규칙 제32조, 제33조, 제34조, 제35조, 제36조, 제37조, 제46조
3. 「의료법」 제21조의2 제3항

## 퇴원 안내문



등록번호:            이름:            병동:            진료과:            퇴원일:

### ■ 퇴원수속 절차

1. 퇴원 수속 (1층 퇴원계, 원무매니저 : 8층 임상시험센터 접수실, 15층 햇살쉼터)을 합니다.  
☞ 퇴원진료비 수납 후 차액이 발생할 수 있습니다.
2. 간호사로부터 퇴원약을 수령합니다
3. 주차안내 : 퇴원하시는 날은 차량 1대에 한하여 6시간 무료주차 할 수 있습니다.

### ■ 외래방문일시    진료예약 확인 및 변경 : 1577-6622

| 진료과 | 장소 | 진료의 | 진료일시 | 수납 |
|-----|----|-----|------|----|
|     |    |     |      |    |

※ 진료를 받으시기 전에 아래의 절차대로 하십시오.

1. 내원 당일 해당 검사에 대해 수납을 합니다.
2. 해당 검사실에서 검사를 합니다.  
(혈액검사가 있으신 환자분께서는 외래진료 2시간 전에 외래검사실에서 채혈 후 진료보세요.)

### ■ 퇴원 후 관리

- 활동범위    일상생활             안정             정기적 운동     재활치료  
 식            이    일반식             치료식             기타  
 목            욱    통목욕             샤워             침상목욕         기타

가정간호 방문예정

### ■ 퇴원 후 건강관리 (주의사항 및 의료기관에 문의를 요하는 증상 등)

- \* 퇴원 후 건강관리에 대해 교육받으신 내용을 지키십시오.
- \* 퇴원 후, 설명드린 이상증상 또는 이상징후 발생시 즉시 내원하도록 해야 합니다.
- \* 약은 설명드린 대로 보관하시고 처방된 대로 정확히 복용하십시오.
- \* 예약된 날짜와 시간에 꼭 병원을 방문하시기 바랍니다.

### ■ 퇴원약

|   | 처방명 | 용법 |
|---|-----|----|
| 1 |     |    |
| 2 |     |    |
| 3 |     |    |





별첨3. 정신건강의학과 퇴원등 사실통보서

| <b>퇴원등 사실 통보서</b>   |             |          |               |
|---|-------------|----------|---------------|
| 환자  | 성명          | 주민등록번호   | 전화번호          |
|   |             |          | (남, 여)        |
|   | 진단명(ICD-10) |          | 입원등 기간        |
| 퇴원등 이후 주소 또는 거소   |             |          |               |
| 1.주요 치료 경과  |             |          |               |
| 2.투약 내용 및 향후 치료소견   |             |          |               |
| 3.그 밖의 특이사항   |             |          |               |
| 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 법 제52조 및 같은 법 시행규칙 제41조에 따라 위와 같이 통지합니다.   |             |          |               |
| <input type="checkbox"/> 원함 <input type="checkbox"/> 원하지 않음   |             |          |               |
| 년   | 월           | 일        | 성명: (서명 또는 인) |
| <b>계명대학교 동산병원</b>   |             |          | 인             |
| 정신건강복지센터장 / 보건소장 귀하   |             |          |               |
| 환자 동의서  |             |          |               |
| 본인은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 법 제52조 및 같은 법 시행규칙 제41조에 따라 퇴원 또는 퇴소 사실에 대하여 해당 정신건강복지센터 및 보건소에 통지하는 것에 동의합니다.     |             |          |               |
| 년   | 월           | 일        | 성명: (서명 또는 인) |
| 보호의무자 동의서   |             |          |               |
| 본인은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제52조 및 같은 법 시행규칙 제41조에 따라 위 환자의 퇴원 또는 퇴소 사실에 대하여 해당 정신건강복지센터 및 보건소에 통지하는 것에 동의합니다. |             |          |               |
| 년   | 월           | 일        | 성명: (서명 또는 인) |
|   |             | 환자와의 관계: | (전화번호: )      |
| ※ 보호의무자의 동의서는 정신건강의학과전문의가 환자의 의사능력이 미흡하다고 판단한 경우만 작성합니다.  |             |          |               |

## 퇴원등 통지서

|                 |    |                    |         |
|-----------------|----|--------------------|---------|
| 환자              | 성명 | 생년월일<br><br>(남, 여) | 연락처     |
|                 | 주소 |                    |         |
| 보호<br>의무자 I     | 성명 |                    | 환자와의 관계 |
|                 | 주소 |                    |         |
| 보호<br>의무자 II    | 성명 |                    | 환자와의 관계 |
|                 | 주소 |                    |         |
| 환자 최초 입원등 일자    |    | 환자 퇴원등 일자          |         |
| 년      월      일 |    | 년      월      일    |         |

위 환자는 퇴원등 신청을 하여 위 일자에 아래와 같은 사유로 퇴원등을 하였습니다.

- [ ] 자신의 건강 또는 안전에 대한 위험이나 타인에 대한 위험 소멸
- [ ] 입원치료 필요성 소멸

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제43조제10항에 따라 보호입원등을 신청한 보호의무자들에게 통지합니다.

년      월      일

계명대학교 동산병원

인

별첨5. 퇴원등 거부사유 및 퇴원등심사청구권([ ]고지서 [ ]통지서)

| <b>퇴원등 거부사유 및 퇴원등심사청구권 ([ ]고지서 [ ]통지서)</b>   |     |                |     |
|--|-----|----------------|-----|
| 환자   | 성명  | 생년월일<br>(남, 여) | 연락처 |
|  | 주소  |                |     |
| 보호<br>의무자  | 성명  | 생년월일<br>(남, 여) | 연락처 |
|  | 주소  | 환자와의 관계        |     |
| 입원<br>기관   | 기관명 | 연락처            |     |
|  | 주소  | 담당자            |     |
| <p>1. ([ ]환자 [ ]보호의무자)는</p> <p>[ ] 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제42조제1항 및 같은 법 시행규칙 제34조제1항에 따라 <b>동의입원등</b>을 하여 퇴원등이 제한되는 동의입원등 환자/보호의무자입니다.</p> <p>[ ] 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제43조에 따라 입원을 하여 퇴원등이 제한되는 <b>보호입원등</b> 환자/보호의무자입니다.</p> <p>[ ] 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제44조에 따라 입원을 하여 퇴원등이 제한되는 <b>행정입원등</b> 환자/보호의무자입니다.</p> <p>2. 퇴원등이 제한된 구체적 사유는 다음과 같습니다.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin: 10px 0;"></div> <p>3. 환자가 동의입원등 환자인 경우에는 퇴원등 제한 기간 동안 보호입원등이나 행정입원등 환자로 전환될 수 있고, 보호입원등 환자인 경우에는 향후 일정기간 퇴원등이 제한될 수 있습니다.</p> <p>4. 퇴원등이 제한되는 경우에는 조사원 대면조사신청을 할 수 있고, 보호입원등 환자가 입원적합성심사를 받은 경우라면 관할지역 정신건강심사위원회에 퇴원등 심사청구를 할 수 있습니다.<br/>* 입원적합성심사와 조사원 대면조사신청은 '18.5.30.부터 가능합니다.</p> <p>5. 보호의무자도 관할지역 정신건강심사위원회에 퇴원등 심사청구를 할 수 있음을 알려드립니다.</p> |     |                |     |
| 년      월      일  |     |                | 서명  |
| 환자/보호자 서명 :  |     |                | 서명  |
| <b>정신의료기관의 장/정신요양시설의 장</b> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px 5px; margin-left: 10px;">인</span>  |     |                |     |



별첨7. 입원등 기간 연장 동의서

| <b>입원등 기간 연장 동의서</b>  |   |                  |         |
|---|---|------------------|---------|
| 환자  | 성명  | 주민등록번호<br>(남, 여) | 연락처     |
|   | 주소  |                  |         |
| 보호<br>의무자(Ⅰ)  | 성명  | 생년월일<br>(남, 여)   | 연락처     |
|   | 주소  |                  | 환자와의 관계 |
| 보호<br>의무자(Ⅱ)  | 성명  | 생년월일<br>(남, 여)   | 연락처     |
|   | 주소  |                  | 환자와의 관계 |
| 본인들은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제43조제6항에 따라 위 환자가 귀 정신의료기관등에서 입원등 연장을 하는 것에 대해 동의합니다. |   |                  |         |
| 년    월    일   |   |                  |         |
| 보호의무자(Ⅰ):   |   | (서명 또는 인)        |         |
| 보호의무자(Ⅱ):   |   | (서명 또는 인)        |         |
| <b>보호의무자<br/>성명</b>   | <b>입원등 연장에 대한 의견</b><br>1. 보호의무자는 환자의 현재 상태, 입원등 연장 필요성, 향후 퇴원등 계획 및 퇴원등 후 돌봄 등에 대해 구체적으로 기재할 수 있습니다.<br>2. 환자의 치료와 회복을 위해 보호의무자로서 좋은 제안이나 의견을 제시해 주시기를 바랍니다. |                  |         |
| 보호의무자 Ⅰ   |   |                  |         |
| 보호의무자 Ⅱ   |   |                  |         |
|   |   |                  |         |



|                 |              |  |               |           |
|-----------------|--------------|--|---------------|-----------|
| 그 밖의 의견         |              |  |               |           |
| 최종 소견           | [ ] 입원·입소 필요 |  | [ ] 입원·입소 불필요 |           |
| 년      월      일 |              |  |               |           |
| 정신건강의학과<br>전문의  | 의사 면허번호      |  |               |           |
|                 | 전문의 면허번호     |  |               |           |
|                 | 성명           |  | 서명            | (서명 또는 인) |

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제43조제2항·제4항·제6항제1호, 제44조제3항·제6항, 제62조제2항 및 같은 법 시행규칙 제34조제3항·제36조제2항에 따라 위와 같이 작성합니다.

별첨9. 진단 및 보호신청서

## 진단 및 보호 신청서

※ 해당되는 [ ]에 √표시를 하시기 바라며, 진하게 칠해진 부분은 작성하지 않습니다.

| 접수번호  | 접수일                               | 접수기관  |      |
|---|-----------------------------------|-------|------|
| 신청인   | 성명                                | 소속기관명 | 전화번호 |
|   | 자격 [ ] 정신건강의학과전문의<br>[ ] 정신건강전문요원 |       |      |
| 피신청인  | 성명                                | 생년월일  | 전화번호 |
|   | (남, 여)                            |       |      |
|   | 주소                                |       |      |
|   | 증상·증세 및 행동의 개요                    |       |      |
| ※ 해당사항은 파악할 수 있는 경우만 적습니다.                    |                                   |       |      |
| 보호<br>의무자<br>또는<br>보호자                        | 성명                                | 주소    | 전화번호 |
|   | 피신청인과의 관계                         |       |      |
|   | ※ 해당사항은 파악할 수 있는 경우만 적습니다.        |       |      |
| 경찰관   | 성명                                | 소속    | 직위   |
|   | 전화번호                              |       |      |
| ※ 경찰관이 정신건강의학과전문의 또는 정신건강전문요원에게 신청한 경우만 적습니다. |                                   |       |      |

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제44조, 같은 법 시행령 제19조제1항 및 같은 법 시행규칙 제36조제1항에 따라 위와 같이 진단 및 보호를 신청합니다.

년      월      일

신청인:

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하



별첨10. 요양급여회송서

### 요양급여회송서

○ 상급 ● 비상급

|                |  |  |  |                      |
|----------------|--|--|--|----------------------|
| 등록번호           | <input type="text"/>   | 회송번호   | <input type="text"/>   |                      |
| 회송기관명          | 병원명 text 입력  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
|                | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
|                | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| 주소             | <input type="text"/>   |  |  |                      |
| 진료과            | <input type="text"/>   | 의사명  | <input type="text"/>   | 전화번호                 |
| 수진자            | 성명   | <input type="text"/>   | 주민등록번호   | <input type="text"/> |
|                | 주소   | <input type="text"/>   |  |                      |
| 진료기간           | <input type="text"/>   | 진료구분   | <input checked="" type="radio"/> 입원 <input type="radio"/> 외래 |                      |
| 상병명            | <input type="text"/>   |  |  |                      |
| 진료소견           | 수술(시술명)  | <input type="text"/>   |  |                      |
|                | 투약력  | <input type="text"/>   |  |                      |
|                | 검사결과   | <input type="text"/>   |  |                      |
|                | 환자상태<br>(진료의사소견)   | <input type="text"/>   |  |                      |
| 회송사유           | 회송유형   | <input type="checkbox"/> 외래 퇴원 (의뢰했던 1단계 진료기관으로 회송 퇴원)<br><input type="checkbox"/> 외래 회송 (의뢰하지 않았던 1단계 진료기관으로 회송)<br><input type="checkbox"/> 입원 회송 (급성기 치료이후 지속적 입원치료를 위한 회송) |  |                      |
|                | 임상적사유  | <input type="checkbox"/> 수술 후 관리 필요<br><input type="checkbox"/> 수술 이외의 치료 후 관리(복약관리 등 포함) 필요   |  |                      |
|                | 비임상적사유   | <input type="checkbox"/> 환자 수용 불가(입원실/의료진 부족 등)  |  |                      |
|                |  | <input type="checkbox"/> 환자 또는 가족의 요청<br><input type="checkbox"/> 기타 <input type="text"/>  |  |                      |
| 첨부자료<br>(기타메모) | <input type="checkbox"/> 진료기록부 <input type="checkbox"/> 검사결과 <input type="checkbox"/> 영상자료(CD) <input type="checkbox"/> 기타 |  |  |                      |

블러오기

투약(0)
검체(0)
영상(0)
병리(0)
기능(0)
수술기록(0)
Allergy(0)

| <input type="checkbox"/> | 오더일 | 저방내용 | 용량 | 복용단위 | 회수 | 일수 | 총 투여 | 용법약어 | 용법설명 |
|--------------------------|-----|------|----|------|----|----|------|------|------|
|                          |     |      |    |      |    |    |      |      |      |

위와 같이 요양급여를 회송합니다.

년    월    일

담당의사 진료과  면허번호 제  호 성명

**계명대학교 동산병원장**

별첨11. 전원 의뢰에 대한 회신(전원기관, 운송수단, 준비사항)

| 의뢰일        | 의뢰자 | 진행상태 | 담당자 |
|------------|-----|------|-----|
| 2018-07-12 | 주치의 |      |     |

  

|   |   |  |   |   |   |                      |
|---|---|--|---|---|---|----------------------|
| 일반 사항   | 환자명   | <input type="text"/>   | 성별/나이                                       | <input type="text"/> / <input type="text"/> | 등록번호  | <input type="text"/> |
|   | 진료과   | <input type="text"/>   | 선택의   | <input type="text"/>                        | 주치의   | <input type="text"/> |
|   | 일원일   | <input type="text"/>   | 자원일수  | <input type="text"/>                        | 병등/병실   | <input type="text"/> |
|   | <input type="text"/>  | 상병명을 입력하세요   |   |   |   |                      |
|   | 의뢰자   | <input checked="" type="radio"/> 주치의 <input type="radio"/> 수간호사 <input type="radio"/> 간호사 <input type="radio"/> 전담간호사 <input type="radio"/> 보호자 <input type="radio"/> Screenig |   |   |   |                      |
| 병력 및 소견   | 병력 및 소견을 입력하세요  |  |   |   |   |                      |
| 감염  | <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CRE <input type="checkbox"/> 기타 |  |   |   |   |                      |
| 의뢰 사항   | 의뢰 병원 형태  | <input type="radio"/> 재활병원 <input type="radio"/> 요양병원 <input type="radio"/> 완화의료기관 <input checked="" type="radio"/> 연고지병원 <input type="radio"/> 기타                             |   |   |   |                      |
|   | 퇴원예정일   | <input type="text"/>   |   |   |   |                      |
|   | 전원갈 지역  | 전원갈 지역을 입력하세요  |   |   |   |                      |
|   | 주 의사 결정 보호자   | <input type="text"/>   | <input type="button" value="보호자 연락처( 2 )"/> | <input type="text"/>                        |   |                      |
|   | 보호자/환자 설명   | <input checked="" type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO  | 보호자/환자 동의                                   |   | <input checked="" type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO |                      |
| <input type="button" value="삭제"/> <input type="button" value="저장"/> |   |  |   |   |   |                      |
| 2차 전원 진행 상황   |   |  |   |   |   |                      |
| 1차 전원 진행 상황   | 전원 및 퇴원계획 설명함 <input checked="" type="radio"/> Y <input type="radio"/> N  |  |   |   |   |                      |
|   | 전원 목적으로 타병원에 환자정보 공개함에 동의함 <input checked="" type="radio"/> Y <input type="radio"/> N   |  |   |   |   |                      |
|   | 1차 전원 진행 상황을 입력하세요  |  |   |   |   |                      |
| 회신 사항   | 전원 기관   | <input type="text"/>   | 운송 수단                                       | <input type="text"/>                        |   |                      |
|   | 준비 사항   | <input type="text"/>   |   |   |   |                      |
|   | 퇴원일   | <input type="text"/>   | 총자원일수                                       | <input type="text"/>                        |   |                      |
|   | 종결일   | <input type="text"/>   | 종결사유  | <input type="text"/>                        |   |                      |
|   | <input type="button" value="전원담당자"/>  | <input type="text"/>   | 진행상태  | <input type="text"/>                        |   |                      |



## 진료회신서

연번호

|  |        |
|--|--------|
| <input type="text"/>   | 병(의)원  |
| <input type="text"/> 과 <input type="text"/>                                  | 선생님 귀하 |
| 선생님께서 의뢰해주신 환자의 진료결과를 다음과 같이 알려드리오니 향후 진료에 참고하시기 바랍니다.<br>귀원의 무궁한 발전을 기원합니다. |        |

|     |                      |     |                      |      |                      |
|-----|----------------------|-----|----------------------|------|----------------------|
| 병원명 | <input type="text"/> |     |                      |      |                      |
| 주소  | <input type="text"/> |     |                      |      |                      |
| 진료과 | <input type="text"/> | 의사명 | <input type="text"/> | 전화번호 | <input type="text"/> |

|             |   |   |       |   |
|-------------|---|---|-------|---|
| 수진자         | 성명  | <input type="text"/>  | 생년월일  | <input type="text"/> 년 <input type="text"/> 월 <input type="text"/> 일                    |
|             | 등록번호  | <input type="text"/>  | 성별/나이 | <input checked="" type="radio"/> 남 <input type="radio"/> 여 / (만 <input type="text"/> 세) |
|             | 진료(입원,통원) 기간  | <input type="text"/> 년 <input type="text"/> 월 <input type="text"/> 일 부터 <input type="text"/> 년 <input type="text"/> 월 <input type="text"/> 일 까지 |       |   |
| 상병명         | <input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/> |   |       |   |
| 주요검사결과      | <input type="text"/>                                    |   |       |   |
| 치료(수술) 및 경과 | <input type="text"/>                                    |   |       |   |
| 향후 치료방침     | <input type="text"/>                                    |   |       |   |
| 블러오기        |   |   |       |   |

|                          |           |           |           |           |           |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 투약오더( 0 )                | 검체검사( 0 ) | 영상검사( 0 ) | 병리검사( 0 ) | 기능검사( 0 ) | 수술기록( 0 ) |
| <input type="checkbox"/> | 오더일       | 저방내용      | 응량        | 회수        | 일수        |
|                          |           |           |           |           |           |

향후 귀병원에서 치료를 계속하실 계획이 있으시거나 더 궁금하신 사항은  
 전화(  ) 또는 FAX (  )로 연락주시면 곧 회답하여 드리겠습니다.

년 월 일

계명대학교동산병원  담당의사

별첨14. 회송환자 개인정보제공 동의서

### 회송 환자 개인정보 제공 동의서

본인은 원활한 진료서비스 제공을 위하여 본인의 개인정보 및 진료정보가 회송의료기관에 FAX,우편,진료협력센터 홈페이지,요양기관포털서비스를 통하여 제공될 수 있다는 사실에 대하여 충분한 설명을 듣고 이해하였으며, 이에 아래와 같이 동의합니다.

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <p><b>개인정보 제공 동의</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 개인정보를 제공받는 자                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 진료의뢰 회송 협력의료기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단</li> </ul> </li> <li>○ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의뢰·회송환자 진료, 의료기관 간 원격협력진료, 협력기관 간 진료의뢰·회송 사업 수행</li> </ul> </li> <li>○ 제공하는 개인정보의 항목 : 성명, 연락처</li> <li>○ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년</li> <li>○ 개인정보 제공은 거부할 수 있고, 거부할 경우 「협력기관 간 진료의뢰·회송 사업」 대상자에서 제외될 뿐이며, 그 외 별도의 불이익은 없음</li> </ul> <p>상기 내용을 확인하였으며, 「개인정보보호법」 제17조에 따른 개인정보 제공에 동의합니다.</p>   |
| <p><b>민감정보 제공 동의</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 민감정보를 제공받는 자                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 진료의뢰 회송 협력의료기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단</li> </ul> </li> <li>○ 민감정보를 제공받는 자의 민감정보 이용 목적                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의뢰·회송환자 진료, 의료기관 간 원격협력진료, 협력기관 간 진료의뢰·회송 사업 수행</li> </ul> </li> <li>○ 제공하는 민감정보의 항목                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 상병명, 환자상태 및 의뢰(회송)사유, 진료기록부·혈액검사 결과 영상자료 등 진료기록자료</li> </ul> </li> <li>○ 민감정보를 제공받는 자의 민감정보 보유 및 이용 기간 : 5년</li> <li>○ 민감정보 제공은 거부할 수 있고, 거부할 경우 「협력기관 간 진료의뢰·회송 사업」 대상자에서 제외될 뿐이며, 그 외 별도의 불이익은 없음</li> </ul> |
| <p><b>고유식별정보 제공 동의</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 고유식별정보를 제공받는 자                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 진료의뢰 회송 협력의료기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단</li> </ul> </li> <li>○ 고유식별정보를 제공받는 자의 고유식별정보 이용 목적                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의뢰·회송환자 진료, 의료기관 간 원격협력진료, 협력기관 간 진료의뢰·회송 사업 수행</li> </ul> </li> <li>○ 제공하는 고유식별정보의 항목 : 주민등록번호, 외국인등록번호</li> <li>○ 고유식별정보를 제공받는 자의 고유식별정보 보유 및 이용 기간 : 5년</li> <li>○ 고유식별정보 제공은 거부할 수 있고, 거부할 경우 「협력기관 간 진료의뢰·회송 사업」 대상자에서 제외될 뿐이며, 그 외 별도의 불이익은 없음</li> </ul>  |

본인(법정대리인)은 [1]상기 내용을 확인하였으며, 「개인정보보호법」 제17조에 따른 개인정보 제공에 동의합니다. ● 예    아니오

본인(법정대리인)은 [2]상기 내용을 확인하였으며, 「개인정보보호법」 제23조에 따른 민감정보 제공에 동의합니다. ● 예    아니오

본인(법정대리인)은 [3]상기 내용을 확인하였으며, 「개인정보보호법」 제24조 및 제24조의2에 따른 고유식별정보 제공에 동의합니다. ● 예    아니오

■■■■ 년 ■■■■ 월 ■■■■ 일
이름 \_\_\_\_\_ (인)

신청인(법정대리인: 정보주체가 만 14세미만인 경우) 보호자 \_\_\_\_\_ (인)

신청인(법정대리인) 연락처 환자와의 관계 **본인** ▼