

환자 연령 및 요양시설거주여부

환자명				초진일		
생년월일	년	월	일	성별	<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여
요양시설 거주여부	<input type="checkbox"/> 거주	<input type="checkbox"/> 비거주	<input type="checkbox"/> 기타 ()			

동반 질환

※ 해당하는 동반질환 여부를 기재해 주십시오.

인자	확인일	동반질환 여부
악성종양		<input type="checkbox"/> 동반 <input type="checkbox"/> 미동반
간 질환		<input type="checkbox"/> 동반 <input type="checkbox"/> 미동반
울혈성 심부전		<input type="checkbox"/> 동반 <input type="checkbox"/> 미동반
뇌혈관질환		<input type="checkbox"/> 동반 <input type="checkbox"/> 미동반
신장질환		<input type="checkbox"/> 동반 <input type="checkbox"/> 미동반

- ※ 악성종양 : 1년 이내 모든 종양. 단, 피부 기저세포나 편평상피세포암 제외
- ※ 간 질환 : 임상적 혹은 조직학적 간경화나 만성 활동성 간염
- ※ 울혈성 심부전 : 병력, 신체검진 또는 검사소견으로 진단
- ※ 뇌혈관질환 : 임상적인 뇌졸중 또는 CT나 MRI로 증명된 경우
- ※ 신장질환 : 만성 신질환 또는 비정상적인 BUN이나 혈청 creatinine

신체검진소견

※ 해당 병원에서 확인한 항목에 대해서만 기재해 주십시오.

인자	검진 여부	소견 여부
의식 변화(저하)	<input type="checkbox"/> 확인함 <input type="checkbox"/> 확인안함	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당
호흡수 \geq 30/분	<input type="checkbox"/> 확인함 <input type="checkbox"/> 확인안함	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당
수축기혈압 $<$ 90mmHg	<input type="checkbox"/> 확인함 <input type="checkbox"/> 확인안함	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당
체온 $<$ 35℃ 혹은 \geq 40℃	<input type="checkbox"/> 확인함 <input type="checkbox"/> 확인안함	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당
맥박수 \geq 125/분	<input type="checkbox"/> 확인함 <input type="checkbox"/> 확인안함	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당

- ※ 의식 변화(저하) : 사람, 장소, 시간에 대한 인식 상실이나, 최근 의식 혼탁(stupor, coma)

검사실/방사선 소견

인자	검진 여부	소견 여부
동맥혈 pH < 7.35	<input type="checkbox"/> 시행 <input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당
BUN ≥ 30mg/dL	<input type="checkbox"/> 시행 <input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당
Sodium(혈청 나트륨) < 130mEq/L	<input type="checkbox"/> 시행 <input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당
Glucose(혈청 포도당) > 250mg/dL	<input type="checkbox"/> 시행 <input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당
Hb < 9gm/dL (적혈구용적률 < 30%)	<input type="checkbox"/> 시행 <input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당
PaO2(대기하 동맥혈 산소분압) < 60mmHg (SaO2 < 90%)	<input type="checkbox"/> 시행 <input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당
흉막염(흉수저류)	<input type="checkbox"/> 시행 <input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

병원명		작성일	년	월	일
면허번호		의사서명	(인)		
전화번호					

※ 병/의원 직인 및 의사 날인 시행 바랍니다.