

계속입원치료심사청구서

※ 해당되는 []에 √표시를 하시기 바랍니다.

(앞쪽)

환자	성명	생년월일	(남, 여)	급여 1종[] 보험[] 급여 2종[] 기타[]
	입원 전 주소		전화번호	
	진단(ICD-10)		심사청구 총 횟수 회	
	최초 발병일	금회 입원일	입원 총 횟수(다른 기관에 입원한 횟수 포함) 회	

1. 정신의학적 상태	아주높음	높음	낮음	비고
① 자기 또는 다른 사람을 해할 위험성 정도				
② 기이한 행동이나 퇴행 정도				
③ 비현실적 및 비논리적 사고의 정도				
④ 기억력, 지남력 및 판단력 손상 정도				
⑤ 병식 결여(퇴원 후 지속적 치료의 중단가능성)의 정도				
2. 일상생활 및 위생관리능력의 장애 정도	높음[] 보통[] 낮음[]			
3. 사회적 지지체계	있음[] 없음[]			
① 보호 의무에 동의할 자나 거주지의 존재 여부				
② 거주 가능한 입소시설(정신질환자사회복지시설, 공동생활가정, 밤병동, 노숙자쉼터 및 부랑인시설 등)의 유무				
③ 거주지역 내 이용 가능한 시설(정신보건센터, 정신질환자사회복지시설, 그룹홈, 낮병동, 밤병동 등)의 유무				
4. 현재 상태에서 퇴원 가능 여부와 퇴원을 하기 위한 조건이 있다면?(전문의 소견)				

년	월	일	정신건강의학과전문의:	(서명 또는 인)
보호의무자	성명	생년월일	전화번호	
	주소		환자와의 관계	

본인은 「정신보건법」 제24조제3항 단서 및 같은 법 시행규칙 제14조제4항에 따라 위 환자가 귀 정신의료기관에 계속 입원할 것을 동의합니다.

년 월 일

보호의무자:

(서명 또는 인)

정신의료기관의 장 귀하

「정신보건법」 제24조제3항 단서 및 같은 법 시행규칙 제14조제4항에 따라 위와 같이 계속입원치료의 심사를 청구합니다.

년 월 일

정신의료기관의 장

인

시장·군수·구청장 귀하

환자 의견서

※ 작성방법

1. 계속 입원 치료에 대한 환자의 의견을 기록하며, 그 내용은 입원 경위, 계속 입원 또는 퇴원의 이유, 향후 치료계획 및 생활계획 등입니다.
2. 의견서는 환자 본인이 작성하여 서명 후에 제출하는 것을 원칙으로 합니다. 다만, 본인이 작성할 수 없는 경우에는 정신보건전문요원(정신보건전문요원이 없는 의원급 정신의료기관인 경우에는 병원 관계자를 의미합니다)이 환자의 의견에 따라 작성하고, 작성하지 못하는 사유를 적고 서명 후 제출합니다.

작성자 환자본인 성명: (서명 또는 인)

○ 환자가 직접 작성하지 못한 사유:

작성자 정신보건전문요원 성명: (서명 또는 인)

이 청구서는 아래와 같이 처리됩니다.

처 리 절 차



백상지(80g/㎡) 또는 종질지(80g/㎡)