

6. 의무기록의 개요 및 서식 II

2강. 의무기록 서식

학습내용

- 의무기록 서식

학습목표

- 의무기록의 서식을 종류별로 구분하고, 서식별 필수 기재사항과 작성 기한을 설명할 수 있다.

1. 의무기록 서식

1) 입퇴원기록지

가. 주요내용

- 최종진단명: 모든 검사 후 결론지어진 진단명, 정식의학용어로 작성(약어 지양)
- 수술(처치)명: 입원 중 시행한 수술, 처치, 검사명 등 기록.
수술명은 수술 종류 + 수술 부위
ex) repair of mitral valve
reconstruction of mitral valve by prosthesis
- 치료결과: 완쾌/호전/호전안됨/치료안함/진단뿐/가망없는 퇴원/ 사망
- 퇴원형태: 정상퇴원/자의퇴원/전원/사망/탈원/기타
- 추후 진료계획: 계획 있을 시 예약 일시
- 주치의사 및 전공의사 서명

2) 퇴원요약

가. 입원 기간 동안 환자 질병의 경과, 검사, 치료, 결과의 요약

나. 목적

- 재입원 및 외래 진료, 타 병원 전원시 진료의 연계성에 중요 자료
- 전공 의사들의 전문의 시험 시 구비서류
- 보험회사에서 진료비 지불액 산정 시 참고 자료

다. 작성 시한: 퇴원 전

라. 주요내용

- 주호소
- 임상검사, 방사선 검사, 특수검사, 신체조사 의 결과
- 최종진단명
- 치료내용과 그 효과
- 추후 관리계획
- 퇴원 후 응급상황일 때 대처 방안
- 퇴원약
- 전원 시: 전원되는 기관 & 담당자명 & 전원사유 & 제공되어야 할 치료사항
- 주치의사 및 전공의사 서명
- 기록자의 서명, 입퇴원일

3) 입원초기평가

가. 환자의 상태를 철저히 평가하여 치료의 방향성을 계획

나. 병력기록(History) + 신체검진기록

다. 작성 시한: 입원 후 24시간 이내

입원 24시간 이내 수술 예정 환자는 수술 전

라. 주요 내용

- 병력기록(History)
 - 주호소(C.C): 현재 가장 불편한 문제나 증상
 - 현재질병상태(P.I): 첫 증상 ~ 현재 질병 양상 및 경과
 - 과거병력(PHx)
 - 개인력: 가정 환경, 성장 과정, 직업, 결혼, 생활 습관 등
 - 가족력(FHx): 가족과의 질병의 연관성
 - 통증평가
 - 계통문진(ROS): 위의 진실 중 누락된 것에 대한
환자의 주관적인 증상 확인
- 신체검진기록(Physical Examination)
 - 시진, 촉진, 타진, 청진을 통해 기록
 - 활력증상(V/S): 체중, 신장, 체온, 맥박, 호흡, 혈압
 - 신체 각계 각 자기의 상태
 - 수행능력평가(Performance Scale)
 - 추정진단(imp.)

- 계획수립
- 작성자 및 작성 일시

4) 경과기록

가. 환자의 질병 경과에 대하여 의사 등이 기록

나. 작성자 직종 반드시 기재, 작성 일자와 작성자 서명

다. 입원 기록을 시작으로 퇴원 또는 사망 시 종료

라. 주요 내용

- 입원기록(Admission Note)
 - 입원 당시 환자 상태 또는 현 증세, 입원이유, 과거병력, 계통문진(ROS), 신체검사, 추정진단, 치료계획
- 경과기록
 - 임상경과를 발생순대로, 환자 상태에 따라 수시로 기록
 - 각종 진단이나 치료를 위한 검사, 처치를 기록
 - 수술 환자는 수술기록 및 부위의 상태 변화, 감염여부, 봉합사 제거 등
- 인수인계 기록(End of Service Note)
 - 현 근무자 → 다음 근무자: Duty off Note
 - 새 근무자가 경과기록을 계속 기록: Duty on Note
- 전과기록(Transfer Note)
 - 기존 진료과 → 새 진료과: 전출기록(Transfer out Note)
그간의 환자 질병과 치료내용 요약, 전출 이유 기록
 - 새 진료과: 전입기록(Transfer in Note)
파악한 간단한 내용과 향후 치료계획 기록
- 최종경과기록(Final Progress Note)
 - 퇴원 당시 환자 상태를 요약한 기록
 - 주의사항, 식사, 운동, 투약, 향후 치료계획 등 기록
- * 환자 사망한 경우
 - : 사망기록(Expire Note) 작성
 - 사망원인, 임종에 이르기까지 경과 및 상황, 시간, 부검 시행여부 등

마. 작성 시한

- 경과기록: 작성주기는 의료기관에서 정할 수 있음
- 인수/인계기록: 인수/인계 시
- 수술(시술)요약: 수술실 퇴실 전

- 수술(시술)직후 환자 상태: 수술(시술) 후 24시간 이내
- 전출/전입 기록: 전출기록(전출 전), 전입기록(전입 후 24시간 이내)

5) 협의진단기록

가. 의뢰하는 경우

- 환자의 상태가 위급할 때
- 진단이 잘 내려지지 않을 때
- 합병증이 생겨서 다른 분야의 전문적 의견이 필요할 때
- 정신의학적 증상이 나타났을 때
- 환자나 그의 가족이 원할 때
- 환자의 기저질환이 현재 계획하는 치료에 문제가 될 염려가 있을 때

나. 주요 내용

- 의뢰 내용 및 의뢰 일시
- 의뢰 의사 서명
- 응급여부
- 회신 내용 및 회신 일시
- 회신 의사 서명

다. 작성 시한(회신 시한)

- 병원 내규에 따름
- 대부분 의뢰 후 48시간 이내
- 응급의뢰인 경우 24시간 이내
- 수술이 예정인 경우 수술 전