

졸음정도 자가진단표(ESS)

등록번호 _____ 성명: _____ 일시: _____ 년 _____ 월 _____ 일

다음 상황에서 얼마나 졸릴까요?

최근 7일의 일상생활 기준으로 대답해 주세요.

해당 점수□에 V표시를 해주십시오.

	0. 전혀 졸리지 않다	1.조금 졸리다	2. 상당히 졸리다	3. 매우 많이 졸리다
1. 앉아서 독서할 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. TV볼 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 공공장소에서 하는 일 없이 가만히 앉아 있을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 한 시간 이상 계속 운행 중인 차에 승객으로 앉아 있을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 오후에 쉬면서 혼자 누워 있을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 앉아서 상대방과 대화할 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 술을 마시지 않고 점심식사 후, 조용히 앉아 있을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 차에 타고 수분 동안 신호 를 기다리고 있을 때	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

합계 _____

불면증 증상 척도(Insomnia Severity Index(ISI))

날짜 :

회기 : #

성명 :

등록번호:

현재의 불면 증상 정도를 체크하세요		0	1	2	3	4
1	잠자리에 누운 후 잠드는 데 30분 이상 걸린다.	전혀 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 그렇다.	매일 그렇다.
2	잠이 들고 얼마 지나지 않아 깬다. 다시 잠들기 힘들다.	전혀 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 그렇다.	매일 그렇다.
3	새벽에 너무 일찍 깬다. 다시 잠들지 못한다.	전혀 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 그렇다.	매일 그렇다.
4	수면 상태에 만족하지 않는다.	전혀 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 그렇다.	매일 그렇다.
5	수면 문제로 일상 생활에 지장을 받는다.	전혀 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 그렇다.	매일 그렇다.
6	수면 문제로 다른 사람들이 걱정한다.	전혀 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 그렇다.	매일 그렇다.
7	수면상태에 대해 걱정한다.	전혀 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 그렇다.	매일 그렇다.

< 일주일간 수면 양상 >

1) 잠자리에 누운 시간 ~ 잠자리에서 나온 시간 : 시 분 ~ 시 분 (시간 분)

2) 총 수면 시간 : 시간

3) 잠들기까지 걸리는 시간 : 시간 분

4) 자는 도중 깨는 횟수 :

5) 기타 양상:

BDI: Beck Depression Inventory

등록번호:

성명:

일시:

지난 1주일 간의 상태를 가장 잘 나타내는 항목에 표시 ☒ 해 주세요.

1. ☐ 나는 슬픔을 느끼지 않는다.
☐ 나는 슬픔을 느낀다.
☐ 항상 슬프고 기운을 낼 수 없다.
☐ 너무나 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다.
2. ☐ 앞날에 대해 별로 낙담하지 않는다.
☐ 나는 앞날에 용기가 나지 않는다.
☐ 앞날에 대해 기대할 것이 아무것도 없다고 느낀다.
☐ 나의 앞날은 아주 절망적이고 나아질 가망이 없다고 느낀다.
3. ☐ 실패자라고 느끼지 않는다.
☐ 나는 다른사람들보다 더 많이 실패했다고 느낀다.
☐ 살아온 과거를 되돌아보면 실패투성이라고 느낀다.
☐ 나는 인간으로서 완전히 실패했다고 느낀다.
4. ☐ 전과 다름없이 일상생활에 만족하고 있다.
☐ 나의 일상생활은 전처럼 즐겁지 않다.
☐ 더 이상 어떤 것에도 만족을 별로 얻지 못한다.
☐ 모든 것이 다 불만스럽고 싫증난다.
5. ☐ 특별히 죄책감을 느끼지 않는다.
☐ 죄책감을 느낄 때가 많다.
☐ 죄책감을 느낄 때가 아주 많다.
☐ 항상 죄책감에 시달린다.
6. ☐ 벌을 받고 있다고 느끼지 않는다.
☐ 나는 어쩌면 벌을 받을지도 모른다고 느낀다.
☐ 나는 벌을 받을 것 같다.
☐ 나는 지금 벌을 받고 있다고 느낀다.
7. ☐ 내 자신에게 실망하지 않는다.
☐ 내 자신에게 실망하고 있다.
☐ 내 자신에게 화가 난다.
☐ 내 자신을 증오한다.
8. ☐ 내가 다른 사람보다 못하다고는 느끼지 않는다.
☐ 나는 내 약점이나 실수에 대해 스스로 탓하는 편이다.
☐ 나는 내가 한 일이 잘못되었을 때 항상 자신을 탓한다.
☐ 주위에서 일어나는 모든 잘못된 일에 대해 자신을 탓한다.
9. ☐ 자살 같은 것은 생각하지 않는다.
☐ 나는 자살할 생각을 가끔 하지만 실행하지는 않을 것이다.
☐ 자살하고 싶은 생각이 자주 든다.
☐ 기회가 있으면 자살하겠다.
10. ☐ 전보다 더 울지는 않는다.
☐ 나는 전보다 더 많이 운다.
☐ 나는 요즘 항상 운다.
☐ 전에는 울고 싶을 때 울 수 있었지만, 요즘은 울 기력도 없다.
11. ☐ 전보다 짜증을 더 내지는 않는다.
☐ 나는 전보다 더 쉽게 짜증이 나고 귀찮아진다.
☐ 나는 요즘 항상 짜증이 난다.
☐ 전에는 짜증났던 일에 요즘은 너무 지쳐 짜증도 나지 않는다.
12. ☐ 나는 여전히 다른 사람들에게 관심을 가지고 있다.
☐ 나는 전보다 다른 사람들에게 관심이 줄었다.
☐ 나는 다른 사람들에게 관심이 거의 없어졌다.
☐ 나는 다른 사람들에게 관심이 완전히 없어졌다.
13. ☐ 전과 다름없이 결정을 잘 내린다.
☐ 나는 전보다 결정을 못 내리고 미루는 때가 많다.
☐ 전보다 결정을 내리는 데 큰 어려움을 느낀다.
☐ 나는 이제 아무 결정도 내릴 수 없다.
14. ☐ 나는 전보다 내 모습이 더 나빠졌다고 느끼지 않는다.
☐ 나이 들어 보이거나 매력 없어 보일까 걱정한다.
☐ 내가 매력이 없어졌다고 느낀다.
☐ 내가 추해 보인다고 느낀다.

뒷면까지 작성



코슬립수면클리닉
KOSLEEP CLINIC





최저 수면 시간 : 24 - 63

최저 수면 시간 : 16 - 23

가벼운 수면 상태 : 10 - 15

수면하지 않음 : 0 - 9

총 점 : (점)

15. ☐ 나는 전과 같이 일을 할 수 있다
☐ 나는 전과 같이 일을 하려면 조금 힘이 든다
☐ 나는 무슨 일이든 시작하려면 무척 힘이 든다
☐ 나는 너무 지쳐서 아무 일도 할 수가 없다
17. ☐ 나는 별로 피곤하지 모르고 지낸다
☐ 나는 전보다 쉽게 피로해진다
☐ 나는 사소한 일에도 곧 피로해진다
☐ 나는 너무 피로해서 아무 일도 할 수 없다
19. ☐ 나의 몸무게는 변하지 않다
☐ 근래와서 몸무게가 3kg 가량 줄었다
☐ 근래와서 몸무게가 5kg 가량 줄었다
☐ 근래와서 몸무게가 7kg 가량 줄었다
21. ☐ 성(색소)에 대한 관심이 전보다 많이 줄어들어 걱정이다
☐ 성(색소)에 대한 관심이 전보다 약간 줄어 들었다
☐ 성(색소)에 대한 관심이 별로 변하지 않았다
☐ 성(색소)에 대해 흥미를 느끼지 않는다

16. ☐ 나는 평소처럼 잠을 잘 잤다
☐ 나는 평소처럼 잠을 잘 자지 못한다
☐ 나는 평소보다 1~2시간 일찍 깨어나 다시 잠들기 어렵다
☐ 나는 평소보다 몇 시간 일찍 깨어나 다시 잠들기 어렵다
18. ☐ 나의 입맛은 평소와 같다
☐ 나의 입맛이 전과 같이 좋지 않다
☐ 나는 요사이 입맛이 매우 나빠졌다
☐ 나는 전혀 입맛이 없다
20. ☐ 나는 건강에 관한 걱정은 별로 하지 않는다
☐ 나는 신체적 건강에 대해 걱정이 많다
☐ 나는 신체적 건강에 대해 걱정 때문에 전과 다르게 아무 일도 할 수 없다

하지불안증후군 평가

등록번호 :

성함 :

날짜 :

◆ 하지불안증후군이란

가만히 있거나 취침 시 다리가 불편하고 이상한 느낌이 들거나 움직이고 싶은 충동이 느껴지는 증상을 말합니다

◆ 아래 설문지는 증상의 심한 정도를 확인하기 위해서 필요하오니 각 항목마다 본인의 최근 2주일 동안의 증상과 가장 유사하다고 생각되는 것 하나를 고르시기 바랍니다.

↓ ★ 약 복용 후 기준으로 작성 ★ ↓

	4	3	2	1	0
1. 전반적으로 하지불안증후군으로 인해 다리 또는 팔의 불편감은 어느 정도 입니까?	매우 심함	심함	보통	경함	전혀 없음
2. 하지불안증후군으로 인한 증상 때문에 다리나 몸을 움직이려고 하는 것은 어느 정도 입니까?	매우 심함	심함	보통	경함	전혀 없음
3. 몸을 움직이면 팔이나 다리의 불편감이 얼마나 좋아지십니까?	전혀 좋아지지 않음	약간 나아짐	보통	거의 나아짐	전혀 없음
4. 하지불안증후군이 수면을 얼마나 방해합니까?	매우 심함	심함	보통	경함	전혀 없음
5. 하지불안증후군으로 인한 피로나 졸음은 어느정도 입니까?	매우 심함	심함	보통	경함	전혀 없음
6. 당신의 하지불안증후군은 전체적으로 얼마나 심합니까?	매우 심함	심함	보통	경함	전혀 없음
7. 하지불안증후군의 증상이 일주일 중 며칠이나 있습니까?	6-7일	4-5일	2-3일	1일 이하	전혀 없음
8. 하루 평균 하지불안증후군 증상을 느끼는 시간은 어떻게 되십니까?	8시간 이상	3-8시간	1-3시간	1시간 이내	전혀 없음
9. 하지불안증후군 증상이 일상생활에 얼마나 영향을 미치십니까?	매우 심함	심함	보통	경함	전혀 없음
10. 하지불안증후군으로 인한 정서장애가 얼마나 심각하십니까?	매우 심함	심함	보통	경함	전혀 없음



수면 습관 설문지 (PSQI-K)

등록번호 :

성함 :

날짜 :

※ 다음 질문들은 지난 한 달의 일상적인 수면 습관에 관한 것입니다.

지난 한 달간 대부분의 밤과 낮에 겪은 것에 대하여 가장 정확하게 표현한 것을 대답하여 주십시오.

1. 지난 한 달간, 밤에 보통 몇시에 잠자리에 들었습니까?	오전/오후 ____시 ____분에 잠자리에 든다.
2. 지난 한 달간, 누우신 후에 잠들 때까지 보통 얼마나 걸리셨습니까?	____시간 ____분이 걸린다
3. 지난 한 달간, 보통 아침에 몇 시에 일어났습니까?	오전/오후 ____시 ____분에 일어난다.
4. 지난 한 달간, 밤 동안에 실제로 잔 시간은 몇 시간이나 됩니까? (이 질문은 잠자리에서 누워 있었던 시간과는 다를 수 있습니다.)	____시간 ____분 (하루 평균시간 기준)

* 아래 질문의 가장 적절한 답을 하나만 골라 표시하여 주세요. 모든 질문에 응답해 주시기 바랍니다.

5. 지난 한 달간, 아래의 이유들로 편히 못잤던 일이 얼마나 자주 있었습니까? (우측 칸의 □에 V 표시 하세요)	지난 한 달 동안 없었다. (없다)	1주일에 한 번 미만	1 주일에 1~2번 정도	1주일에 3번 이상
A. 누운지 30분 이내에 잠들 수 없었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 자다가 한밤중이나 이른 아침에 깨어났다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 소변때문에 화장실에 가려고 자다가 일어났다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 자면서 편히 숨을 쉬지 못하였다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 잘 때 기침을 하거나 코를 심하게 골았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 자다가 너무 춥게 느껴졌다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 자다가 너무 덥게 느껴졌다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 자다가 악몽을 꾸었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 자다가 통증을 느꼈다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 위 문항 외에 다른 이유가 있다면 적어주세요. (이유 : _____) 기입한 이유로 못 잔적이 얼마나 자주 있었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 지난 한 달간, 당신의 전반적인 수면의 품질은 어떻게 평가하십니까?

- ⓪ 매우 좋았다. ① 좋은 편이었다. ② 나쁜 편이었다. ③ 매우 나빴다.

7. 지난 한 달간, 잠을 자기 위해서 처방 받거나 약국에서 구입한 약을 얼마나 자주 복용하였습니까?

- ⓪ 지난 한 달동안 없었다. ① 한 주에 1번 이하 ② 한 주에 1~2번 정도 ③ 한 주에 3번 이상

8. 지난 한 달간, 운전하거나 식사하거나 사회적 활동 등을 하면서 깨어있기 어려웠던 경우가 얼마나 자주 있었습니까?

- ⓪ 지난 한 달동안 없었다. ① 한 주에 1번 이하 ② 한 주에 1~2번 정도 ③ 한 주에 3번 이상

9. 지난 한 달간, 업무를 열중하는데 얼마나 많은 문제가 있었습니까?

- ⓪ 전혀 없었다. ① 아주 사소한 문제가 있었다. ② 다소 문제가 있었다. ③ 매우 큰 문제가 있었다.

10. 같이 자거나 방을 같이 쓰는 사람이 있습니까?

- ⓪ 없다 ① 있지만 각방을 쓴다. ② 한 방을 쓰지만 따로 잔다. ③ 한 잠자리에서 같이 잔다.

등록번호 _____ 이름 _____ 날짜 _____

신체증상 질문지(PHQ-15)

지난 4주 동안, 다음 나열되는 증상들에 얼마나 시달리셨습니까?

	설문 내용	전혀 시달리지 않음	약간 시달림	대단히 시달림
1	위통	0	1	2
2	허리 통증	0	1	2
3	팔, 다리, 관절 (무릎, 고관절 등)의 통증	0	1	2
4	생리기간 동안 생리통 등의 문제(여성만 해당)	0	1	2
5	두통	0	1	2
6	가슴 통증, 흉통	0	1	2
7	어지러움	0	1	2
8	기절할 것 같음	0	1	2
9	심장이 빨리 뛸	0	1	2
10	숨이 참	0	1	2
11	성교 중 통증 등의 문제	0	1	2
12	변비, 묽은 변이나 설사	0	1	2
13	메스꺼움, 방귀, 소화불량	0	1	2
14	피로감, 기운 없음	0	1	2
15	수면의 어려움	0	1	2

(총 점 = _____)

DBAS - 16

차트번호 :

성함 :

날짜 :

다음 문항들은 수면에 대한 믿음과 태도에 대한 것입니다. 각 항목들에 대해 얼마나 동의하는지 표시하십시오.
 혹 아래 문항이 당신의 경험과 직접적인 관련이 없다 느낄지라도 반드시 문항 하나에 표시해 ☑/주십시오.

절대 아니다

매우 그렇다



질 문 사 항	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
낮에 짜증나고 우울하거나 불안하게 느끼는 건, 대개 전날 밤에 잠을 잘 못 잤기 때문이다.										
하룻밤 잠을 잘못 자면, 그날 이후 일주일 정도 전체 수면 스케줄에 지장을 준다고 알고 있다.										
낮에 피곤하고, 기력이 없거나 기능을 잘 못하는 건 보통 그 전날 밤에 잠을 잘 못 잤기 때문이다.										
충분히 잠을 못자면 다음 날 날 동안의 기능을 거의 할 수 없게 된다.										
잠을 잘 못 잔 다음날 사회 혹은 가정에서 내가 해야 할 일들을 피하거나 취소하게 된다.										
잠을 잘 못 자면 다음날 일상 활동을 하는데 지장을 준다고 알고 있다.										
불면증은 근본적으로 뇌 속의 화학적 불균형에 의해 생긴다고 생각한다.										
밤에 잠을 잘 잘 수 있을 것인지 절대 예측할 수 없다.										
수면장애로 인해 생기는 부정적인 문제들에 대처할만한 능력이 거의 없다.										
잠을 잘 조절할 수 있는 능력을 잃을지 모른다는 걱정을 한다.										
불면증 때문에 인생을 즐기지 못하고, 내가 원하는 것을 하지 못하게 된다고 생각한다.										
만성 불면증이 내 건강에 심각한 영향을 미칠지도 모른다는 염려를 한다.										
잠을 충분히 못 자면, 다음날 낮잠을 자거나 잠을 좀 더 오래자서 보충해야 된다.										
낮에 기운을 차리고, 일을 잘 하려면 평균적으로 8시간은 자야한다.										
잠을 잘 못 잘 때 시도해 볼 수 있는 유일한 해결책은 약물치료일 것이다.										
낮 동안 맑은 정신으로 일을 잘하기 위해서는 잠을 못 자느니 수면제를 먹는 것이 더 낫다.										

총점 :

***:Reversal Scoring Items**

	읽 문 사 하								
			1	2	3	4			
*1	나는 마음이 착하다.								
*2	나는 마음이 듣는다.								
3	나는 간직되어 있다.								
4	나는 후회스럽고 서공하다.								
*5	나는 마음이 편하다.								
6	나는 단화해서 어찌할 바를 모른다.								
7	나는 평으로 불행이 있을까 걱정하고 있다.								
*8	나는 마음이 록이다.								
9	나는 불안하다.								
*10	나는 편안하게 느낀다.								
*11	나는 자식같이 앓다.								
12	나는 짜증스럽다.								
13	나는 마음이 꼬마꼬마하다.								
14	나는 극도로 간직되어 있다.								
15	나는 간직이 틀려 표근하다.								
16	나는 만족스럽다.								
17	나는 걱정하고 앓다.								
18	나는 을골되어 어찌할 바를 모른다.								
*19	나는 를값다.								
*20	나는 기쁨이 뭉다.								

고령의 고령

100 100

“한글은 우리 민족의 언어를 표기하는 데 있어 매우 중요한 역할을 하며, 이를 통해 우리 민족의 문화와 전통을 보존하고 발전시킬 수 있다.”

4. **ଅନ୍ତରାଳ**

: 1917

： 恆序

STAI - X

【 개인 정보 수집 · 활용 동의서 】

■ 기본 개인정보 수집·활용

수집하는 기본 개인 정보 항목	이름	
	주소	
	연락처	(전화 또는 휴대전화)
	E-Mail	
개인정보의 수집 및 이용목적	성명, 주소, 연락처: 병·의원 업무와 의학정보 안내 등 서비스 이용안내 이메일 주소: 소식 및 고지사항 전달, 불만처리 등을 위한 원활한 의사 소통 경로의 확보 등	
개인정보의 보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> - 코슬립수면클리닉은 수집된 고객의 개인정보를 환자정보를 보관하는 법정 기간(5년)동안만 보유하며 그 이후는 DB에서 삭제하고 있습니다. - 정보제공자가 개인정보 삭제를 요청할 경우 즉시 삭제합니다. 단, 타 법령 의 규정에 의해 보유하도록 한 기간 동안은 보관할 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> • 소비자의 불만 또는 분쟁처리에 관한 기록 : 3년 (전자상거래 등에서의 소 비자보호에 관한 법률) • 신용정보의 수집/처리 및 이용 등에 관한 기록 : 3년 (신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률) • 본인 확인에 관한 기록 : 6개월(정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관 한 법률) 	
개인 정보 제공 동의 거부 권리 및 동의 거 부 따른 불이익 내용 또는 제한 사항	귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이 익은 없음, 다만, 진료 관련 안내 서비스를 받을 수 없음.	

※ 만 14세 미만 아동 인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함

[법정대리인 동의서]본인은 미성년자의 법정대리인으로 병의원서비스 이용신청에 동의합니다.

법정대리인 성명 (인/서명)

법정대리인 연락처

법정대리인과의 관계

※ 개인정보 제공자가 동의한 내용 외의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을
거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있음

「개인 정보 보호법」 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의함

년 월 일

2023.03.2

이름 : (인)

성별 M / F

진료 기록지

[illegible]

양압기 치료 서비스 / 점검 및 안전교육

수진자성명		업체명	주식회사 코슬립양압기센터	방문일자:	담당자 :
생년월일		현재 계약일자		평균사용기록시간 :	
양압기 모델명	AirSense10 Autoset	제조년도/관리번호		올해 마스크 보험구매 : O X (월)	
				Type :	

Q1. 양압기 사용 시 아래에 해당하는 것 모두 체크해주세요.

<input type="checkbox"/>	배가 더부룩하며, 가스가 찬다.
<input type="checkbox"/>	기기에서 소음 발생으로 불편하다.
<input type="checkbox"/>	양압기 적응이 어렵다.
<input type="checkbox"/>	양압기 치료 자체가 만족스럽지 않다.
<input type="checkbox"/>	수술 등 다른 치료(입원 등)
<input type="checkbox"/>	타질환으로 양압기 사용 시 잠들기 어렵다.
<input type="checkbox"/>	국내외 출장 사용을 많이 못한다.
<input type="checkbox"/>	세척이 번거롭다.
<input type="checkbox"/>	수면을 방해하는 것 같다

Q2. 양압기 마스크 사용에 대해 해당사항을 모두 체크해주세요.

<input type="checkbox"/>	마스크에서 바람 샌다.
<input type="checkbox"/>	나도 모르게 마스크를 벗는다.
<input type="checkbox"/>	마스크 착용부위가 붙어지거나 자국이 남거나 상처가 난다.
<input type="checkbox"/>	현재 사용하는 마스크가 잘 맞는다.

Q3. 양압기 사용 후 느끼는 전반적인 상태는 어떻습니까?

아침 기상 후 상쾌함	코골이 소음 개선
낮 졸음 개선	체중 감소
심혈관질환 개선 (고혈압, 당뇨 등)	두통 개선

Q4. 양압기 사용 시 마스크 및 연결관으로 인한 자세의 불편감은 어느정도 입니까?

매우 심함	다소 심함	다소 있음	보통	불편감없음
-------	-------	-------	----	-------

Q5. 잠들기 위해 누웠을 때 수면자세는 어떻습니까?

바로 누워서 잠 ()%	옆으로 누워서 잠 ()%	엎드려서 잠 ()%
------------------	-------------------	----------------

Q6. 잠들고 난 후 수면자세는 어떻습니까?

바로 누워서 잠 ()%	옆으로 누워서 잠 ()%	엎드려서 잠 ()%
------------------	-------------------	----------------

Q7. 바로 누워서 주무시지 못하는 이유는 무엇입니까?

답변 :	
------	--

세척관리 점검표	양호	재교육	권장사항	비고
1. 아침에 일어나서 마스크 세척은 어떻게 하고 있나요? 답변:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- 마스크 얼굴 닿는 부위 비누세척 - 머리카락 : 1개월 1회 세척 - 사용자 환경에 따라 더 자주 세척 가능	
2. 물통세척은 어떻게 하고 있나요? 답변:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	① 사용 후 즉시 남은 물 버리고 ② 종이타월(페이퍼 타월)로 물기 없이 닦은 후 ③ 본체에 결함하기 - 식초 세척법 : 식초2 : 물1 - 1분 담궜후는 후 행구어 키친타올로 닦기	
3. 필터 교체 위치 및 교체주기를 잘 지키고 있습니까? 답변 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- 3개월에 1회씩 교체하기 - 털거나 세척해서 사용하지 않기 - 사용자 환경에 따라 더 자주 교체 가능	
4. 호스 관리는 어떻게 하고 있습니까? 답변 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- 열선호스 사용의 경우 별도 세척 불필요 - 세척 필요시 세제 등 사용금지 - 식초 세척법 : 식초2 : 물1 - 호스 안에 넣어 30초 헹든 후 깨끗하게 행구어 걸어놓기 - 빠른 건조 위해서는 양압기 연결하기	
5. 양압기 설치 위치 답변:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- 누운상태에서 머리 위쪽 혹은 수평상태 유지하기 - 호스걸이 사용 권장	

기기 및 소모품 교체 점검표	무상	유상	권장사항	
기기교체	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- 소음 발생 및 그 외 사용에 문제가 있는 경우 즉시 교체 필요 - 그 외 관리 담당자가 교체가 필요하다고 판단하는 경우	
마스크	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- 피부 트러블이 발생한 경우 다른 타입 권장 - 바람샘이 심한경우 다른 타입 권장 - 실리콘 및 부품 훼손 시 교체 필요 - 양압기 보험임대자에 한하여 1년 1회 국민건강보험 지원 최대 76,000원	
물통 열선호스 호스걸이 SD카드 프레임 머리카락 턱끈 턱테일 필터 세정제 기타 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- 물통 : 물이 새는 경우 즉시 교체 필요 / 위생상태 불량 시 세척 - 열선호스 : 구멍 등으로 바람이 새는 경우 즉시 교체 필요 - 머리카락 : 고정력이 저하된 경우 교체 필요 - 턱끈/턱테일 : 구강호흡 있는 경우 사용 권장 - 세정제 : 마스크 세척에만 사용하기	

Q. 그 외 문의사항

Q. 의료진에게 문의사항

위 내용에 대해 교육 및 설명을 들었습니다.

년

월

일

수진자 :

(서명)

양압기치료 서비스 표준계약서

「요양비의 보험급여 기준 및 방법」(보건복지부 고시 제2021-331호, 2021.12.27.)별표 4의5 “양압기치료 서비스 제공업소 등록 등 기준”에 의하여 국민건강보험공단에 양압기치료 서비스 제공업소로 등록된 자(이하 “갑”이라 한다)와 양압기치료 서비스(이하 “서비스”라 한다)를 필요로 하는 환자 또는 그 가족(이하 “을”이라 한다)은 다음과 같이 양압기의 임대차 계약을 체결한다.

제1조(계약의 목적)

본 계약은 국민건강보험공단 공고 급여관리실 제2022-7호 (2022.4.14.)에 의하여 “갑”과 “을”의 양압기치료 서비스 계약상의 권리와 의무에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(계약의 내용)

구 분		내 용	비 고
양압기 대여 계약기간			
대여료 지급일자		매월 (30) 일	
소모품(마스크) 지급일자		.	.
서비스 제공 등 방문일자			
양압기 기기	대여 서비스 금액	89,000 원	본인부담금(을): 원
	기기 관리번호		
	모델명	AirSense10 Autoset	
	종류	APAP (자동형)	
소모품		마스크 금액 95,000 원	본인부담금(을): 19,000 원

제3조(계약기간)

- ① 본 계약은 “갑”과 “을”이 표준계약서를 작성함으로써 성립된다.
- ② 계약기간은 의사의 “양압기 처방전”에 따라 처방기간 이내로 한다.

※ 양압기 급여대상자 등록 후 처방전에 따라 양압기를 처방 받아 사용하는 경우에는 실제 사용한 날부터 계약 시작일로 본다.

- ③ 계약기간 만료 7일 전까지 “갑” 또는 “을”이 계약 종료 의사를 표시하지 않는 한 계약기간은 연장된 것으로 본다.
- ④ “을”이 사망한 경우에는 사망한 날에 계약이 종료된 것으로 한다.

제4조(서비스의 범위)

서비스의 범위는 「요양비의 보험급여 기준 및 방법」(보건복지부 고시 제2021-331호, 2021.12.27.) 별표 4의5 “양압기치료 서비스 제공업소 등록 등 기준”에 의한다.

제5조(서비스 금액 등)

- ① 기기 임대 서비스 금액(월)은 매월 1일부터 그 달 말일까지 제2조에서 정한 금액으로 하고, 서비스 시작 달과 종료 달이 월 중에 시작하거나 종료되는 경우에 그 시작 달 또는 종료 달의 서비스 금액은 일할 계산(기기 대여료에 한함)하여 정한다.
- ② “을”은 “갑”으로부터 제공받은 그 달의 양압기치료 서비스 금액(대여료, 소모품(마스크) 비용)을 그 다음 달 제2조에서 정한 지급일자에 해당 금액을 “갑”에게 지불하여야 한다. 다만, 본 서비스 계약이 계약기간 중에 종료되는 경우 종료되는 날이 속하는 달의 서비스 금액은 해당 월 서비스 종료일에 지불하여야 한다.
- ③ “을”이 양압기치료 서비스 금액을 “갑”에게 직접 지급하도록 공단에 요청하는 경우에는 공단부담금을 제외한 금액을 “갑”에게 지불하여야 한다. 이때 “을”은 양압기 처방전을 “갑”에게 제출하여야 한다.
- ④ “갑”은 서비스를 제공함에 있어 양압기의 유지·보수에 소요되는 일체의 비용을 “을”에게 요구할 수 없다. 다만, “을”의 고의 또는 중대한 과실로 인한 경우는 그러하지 아니하다.
- ⑤ “갑”은 양압기치료 서비스 금액(대여료, 소모품 비용) 외에 보증금 명목으로 별도의 금액을 “을”에게 요구하여서는 아니 된다.

제6조(장비 설치, 사용자 교육, 장비 회수)

- ① “갑”은 계약 후 양압기를 “을”이 요청하는 일시와 장소에 설치하고 즉시 사용할 수 있도록 하여야 한다.
- ② “갑”은 양압기의 압력 설정 값이 담당의사의 처방 값에 따라 유지되는지를 반드시 확인하여야 하며, “갑”과 “을”은 담당의사의 허락 없이 설정된 수치를 임의로 변경할 수 없으며, 임의 변경으로 인하여 야기되는 모든 책임은 임의 변경한 “갑” 또는 “을”에게 있다.
- ③ “갑”은 “을”에게 양압기의 사용방법, 고장 및 이상증상이 발생한 경우 대처법과 연락방법 등이 포함된 취급설명서를 교부하고 전반적인 기기사용 · 관리요령 등에 대한 안전교육을 실시하여야 한다.
- ④ “을”이 계약해지, 업소변경, 사망 등의 사유발생으로 “갑”에게 양압기 회수를 요청한 때에는

"갑"은 장비를 즉시 회수하여야 한다. 이 경우 장비 미회수로 인하여 발생된 사고에 관한 책임은 "갑"에게 있다.

제7조(갑의 의무)

- ① "갑"은 「요양급여 보험급여 기준 및 방법」(보건복지부 고시 제2021-331호, 2021.12.27) 별표 495 "양압기 치료 서비스 제공업소 등록 등 기관" 제1항 및 2항의 요건을 모두 충족하여야 한다.
- ② "갑"은 양압기를 임대할 경우 공단에 등록된 업소임을 "을"이 확인할 수 있도록 하여야 한다.
- ③ "갑"은 "을"이 계약한 양압기 기기 이상 등으로 사용할 수 없는 경우에도 "을"이 계속해서 서비스를 받을 수 있도록 모든 조치를 취하여야 한다.
- ④ "갑"은 계약 후에는 "을"이 사용 중인 양압기를 저장, 담보 등에 대한 목적으로 제공할 수 없다.
- ⑤ "갑"은 양압기의 부작용과 안전성에 관한 정보를 알게 된 때에는 "의료기기부작용 보고 등 안전성 정보 관리에 관한 규정"에 따라 식품의약품안전처장에게 지체 없이 보고하고 이를 국민건강보험공단에 통보하여야 한다.
- ⑥ "갑"이 계약 의무를 계속해서 수행할 수 없을 때에는 사유발생 7일 이내에 "을"과 국민건강보험공단에 통보하고 "을"이 서비스를 지속적으로 받을 수 있도록 필요한 조치를 하여야 한다. 다만, "갑"이 부도 또는 도산으로 "을"에게 서비스를 계속 제공할 수 없는 때는 그 사유가 발생한 날로부터 7일 이내에 "을"과 국민건강보험공단에 통보하여야 한다.
- ⑦ "갑"은 양압기의 기기 및 소모품 등 등록된 제품의 변경·추가·종료 등과 서비스 내용 등 각종 자료를 공개하고 변경사항이 발생한 때에는 "을"이 서비스 계약 시 합의적인 선택을 할 수 있도록 즉시 공단에 신고하여야 한다.
- ⑧ "갑"은 계약기간 중 "을"에게 양압기 소모품(마스크)을 연 1개에 한해 제공하고 '양압기 소모품(마스크) 수령확인서'를 2부 작성하여 서명 날인 후 "갑"과 "을"이 각각 1부씩 보관한다.

제8조(을의 의무)

- ① "을"은 계약기간동안 서비스 금액을 제2조에 정한 지급일자에 "갑"에게 지급하여야 한다.
- ② "을"은 양압기를 임차 계약할 경우 "갑"이 공단에 등록된 업소임을 확인하여야 한다.
- ③ "을"은 양압기를 용도에 따라 사용하고, "갑"이 교부한 양압기의 취급설명서에 따라 바르게 사용하도록 하여야 한다.
- ④ "을"은 양압기를 임차한 후, 주소 변경 또는 다른 장소로 이전할 필요가 있을 경우에는 즉시 "갑"에게 통보하고 그 지시에 따라야 한다.
- ⑤ "을"은 계약해지, 업소변경, 기타 사유로 양압기를 사용할 수 없게 된 때에는 7일 이내에 "갑"에게 연락하여 장비회수를 요청하여야 한다.
- ⑥ "을"은 양압기에 부착된 "갑"의 소유권 표시 등을 제거 및 훼손하여서는 아니 된다.

제9조(해지)

- ① "갑"과 "을"이 서비스에 대한 당사자 간의 계약을 해지하고자 하는 때에는 해지하고자 하는 날의 7일 이전에 계약 상대방에게 통보하여야 한다. 이 경우 "갑"은 "을"에게 임대한 양압기를 회수하여야 한다.
- ② "갑"은 "을"이 서비스 금액의 지급을 3회 이상 지체한 때에는 최고 후 계약을 해지할 수 있다.

제10조(개인정보 보호)

"갑"은 양압기치료 서비스 제공과 관련하여 "을"의 개인정보의 분실 및 유출방지 등 개인정보를 최대한 보호하여야 한다.

제11조(손해 배상)

- ① "갑"의 과실로 "을"과 제3자에게 손해를 입혔을 경우 "갑"은 그 손해를 배상하여야 한다.
- ② "갑"은 제10조(개인정보보호)의 의무를 소홀히 하여 "을" 또는 제3자에게 손해를 입혔을 경우 "갑"은 "을"에게 그 손해를 배상하여야 한다.
- ③ "을"의 고의 또는 중대한 과실로 인하여 양압기의 파손, 분실에 대하여는 "을"은 "갑"에게 그 손해를 배상하여야 한다.

제12조(기타 사항)

- ① 본 계약서에 명시되지 아니한 사항이나 의견이 상이할 때에는 상호 협의 하에 해결하는 것을 원칙으로 한다.
- ② 위 계약체결을 증명하고 제반 의무를 성실히 수행하기 위하여 본 계약서를 2부 작성하여 서명 날인한 후 "갑"과 "을"이 각각 1부씩 보관한다.

년 월 일

(갑) 정 명 : 주식회사 코슬랩양압기센터

(서명 또는 인)

주 소 : 서울특별시 강남구 테헤란로 333, 인도벤처타워 7층

연락처 : 010-3334-3303

(을) 정 명 :

(서명 또는 인)

주 소 :

연락처 :



양 압 기 체 크 리 스 트

내 용	임대 / 구매		반납		비 고
양압기 본체 소음이 정상범위인 것을 확인했습니다.	예	아니오	예	아니오	
SD카드가 기기에 잘 꽂혀 있습니다.	예	아니오	예	아니오	
올바른 마스크 착용법을 배웠으며, 마스크 착용 시 피부에 이상(발적, 염증, 물집)등에 대한 설명을 들었으며, 이를 고려하여 마스크 선택하였습니다. --> 피부에 이상이 있을 경우 사용을 중단하세요.	예	아니오	예	아니오	
마스크는 임대자가 아닌 구매이며, 구매 후 개봉한 마스크는 교환/환불이 되지 않는다는 설명을 들었고, 이에 동의 합니다.	예	아니오	예	아니오	
새 제품의 마스크를 제공받았으며, 제품에 결함 및 오염, 이물질 등이 없음을 확인했습니다.	예	아니오	예	아니오	
마스크 배기홀에서 바람이 새는것은 정상인 것을 교육받았습니다.	예	아니오	예	아니오	
마스크의 변색은 결함이 아닌 것에 대한 설명을 들었습니다.	예	아니오	예	아니오	
마스크 구매 시, 제품의 장단점 및 부작용에 대한 설명을 들었으며 같은 모델의 제품을 착용해보고 선택하여 구매하였습니다.	예	아니오	예	아니오	
마스크 추가구매 시 보험적용 범위를 준수하여 구매가 가능한 것을 확인했습니다.	예	아니오	예	아니오	
올바른 호스/ 물통 세척법을 배웠습니다.	예	아니오	예	아니오	
제공받은 호스에 구멍이나, 늘어짐 등의 결함이 없음을 확인하였습니다.	예	아니오	예	아니오	
제공받은 물통에 녹슨 부분이나 석회질 없음과 물이 새지 않는 것을 확인했습니다.	예	아니오	예	아니오	
물통 파손 및 훼손 시 사용자가 변상해야 함을 확인했습니다. (녹슨 현상, 석회질 현상, 부서짐 등)	예	아니오	예	아니오	
흡연자의 경우, 타 사용자에게 임대자 어려울 정도의 담배냄새가 확인되면 기기 전체를 변상해야 하는 것을 확인했습니다. (200만원)	예	아니오	예	아니오	
★사용자의 과실로 인한 기기 파손 시 기기 전체를 변상해야하는 것을 확인했습니다. (200만원) : 침수로 인한 내부부품 손상, 낙상으로 인한 외형파손 및 내부 부품 손상, 반려동물에 의한 훼손 등	예	아니오	예	아니오	
반납 시 반드시 기기를 가지고 내원하여 기기 체크 받는 것을 확인하였습니다.	예	아니오	예	아니오	
★택배 반납 시 기기 파손의 책임은 사용자에게 있으며, 그로인한 훼손에 대해서는 변상해야 하는 것을 확인했습니다. (200만원)	예	아니오	예	아니오	
★순응통과자에 한하여 보험임대 연장의 경우 만기일로부터 1개월 이내 연장하여야만 보험적용을 받을 수 있음을 확인했습니다. (보험 미적용 사용료: 1일 - 3,000원)	예	아니오	예	아니오	
★ 순응실패 시 만기일 다음날부터 180일 동안 보험적용이 되지 않는다는 설명을 들었습니다. (보험 미적용 사용료: 1일- 3,000원)	예	아니오	예	아니오	
★ 해외출국 시 국민건강보험 적용이 되지 않습니다. (환급X)	예	아니오	예	아니오	

위 내용을 모두 확인하였습니다.

임대/구매 일자:

사용자: (인)

반납 일자:

사용자: (인)

확인자: (인)

확인자: (인)

요양비 자금청구 위임장

※ 위쪽의 공의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

가입자 또는 성명		가입자 성명	
피부양자 주민(외국인)등록번호		주민(외국인)등록번호	
법정대리인 또는 가족 성명		성명	
법정대리인 또는 가족 생년월일		생년월일	
가입자·피부양자와의 관계			
전화번호 (위임사항 및 지급내역 수신용) ※ 위임처리결과 및 지급내역 등을 전송받을 연락처로 정확히 적어 주시기 바랍니다. (문자메시지 수신용 동의한 경우에만 발송)		전화번호 (문자메시지 수신용) [V] 문자메시지 수신동의	
상호		주식회사 코슬림양양기센터	
사업자등록번호 (법인등록번호)		101-87-02883 (110111-6896546)	
대표자		신용범	
전화번호 (휴대전화번호)		010-3334-3303	
수령자		주식회사 코슬림양양기센터	
수령계좌		금용기관명 신한은행	
		예금주 (주)코슬림양양기센터	
		계좌번호 140-013-883840	
① 위임인		② 주요양기관	
④ 위임사항		③ 요양비 수령계좌	
1) [] 자동복합투석 소모성 재료 [] 복막관류액 [] 가정용 산소발생기 [] 휴대용 산소발생기 [] 연축혈당측정용 전극(센서) [] 자가도뇨 소모성 재료 [] 인공호흡기 및 기공소모품 [] 인공호흡기 및 기공소모품 [] 선택소모품 [] 인공린자동주입기 [] 흉산비 []		1) [] 자동복합투석 소모성 재료 [] 가정용 산소발생기 [] 휴대용 산소발생기 [] 연축혈당측정용 전극(센서) [] 자가도뇨 소모성 재료 [] 인공호흡기 및 기공소모품 [] 인공호흡기 및 기공소모품 [] 선택소모품 [] 인공린자동주입기 [] 흉산비 []	
⑤ 위임기간		⑥ 위임기간	
년 월 일부터 년 월 일까지 (최장 5년)		년 월 일부터 년 월 일까지 (최장 5년)	

「국민건강보험법」 제49조제3항 및 같은 법 시행규칙 제23조제4항에 따라 요양비 지급 청구에 관한 사항을 위와 같이 위임합니다.

위임인
년 월 일
(서명 또는 인)

