

▶ 등록번호: 33514021

▶ 성명: 김영숙

▶ 성별/나이: 여 / 59

## 간호초기평가

## 산.부인과

입원일	2023-02-09	작성/수정	김혜원/김영택
현주소	경기도 파주시 조리읍 봉천로 58 2층 2층	전화번호	010-2200-4680
혈액형		전화번호2	
진단명	Cervical Cancer		

## ◆ 일반정보

## - 기본정보

정보제공자	본인	결혼여부	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유	국적	대한민국
동거형태	<input type="checkbox"/> 비동거 <input checked="" type="checkbox"/> 동거	<input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모	<input type="checkbox"/> 형제/자매: <input checked="" type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타:		
주간호 제공자	자녀			연락가능한 번호	010-5957-8515
	직업	자유업	교육정도	대출	
	종교	기독교	종교적 서비스제공 동의 여부	<input checked="" type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 미해당	
문화적·종교적 특수성	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ()				

## - 입원정보

입원경로	외래	입원방법	도보
현재흡연	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가		
흡연력	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가	시작연령: 세 양: 갑/일	기간: 년 금연시작시기: 년
		금연교육 시행여부: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유	
음주	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가	시작연령: 세 종류: 양: 병/회 횟수: 회/월	기간: 년
활력징후	활압: 139/75mmHg 체온: 36.20 °C 맥박: 76 회/min 호흡: 18 회/min		
신체계측	체중: 59.10kg 신장: 147.40cm SpO <sub>2</sub> : <input checked="" type="checkbox"/> 해당없음		
대체요법	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가		
주증상	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유		
외부슬라이드	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	외부CD	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유
입원동기	*입원동기: W/U *환자: 010-2200-4680 (nCOV:2/9 N, NCC) (예방접종: 5차/확진이력: X) 보호자(딸: 박기쁨): 010-5957-8515(nCOV: 2/10 N, NCC) (예방접종: 4차 화이자, 등록번호: 33516700, 확진이력: X)  1>`23/1월 severe erosion, intermittent bleeding (bx: ASCUS, 비정형편평 상피세포) -at.local 2>`23/01/27 NCC visit =>3cm sized ulcerofungating mass - R/O cervical cancer 소견 3>`23/02/09 W/U 위해 입원함.		

## - 과거력 및 가족력

과거병력	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 고혈압() <input type="checkbox"/> 당뇨() <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 간질환 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 불면 <input type="checkbox"/> 심장질환()
	<input type="checkbox"/> 기타()
	부 <input checked="" type="checkbox"/> 무

가족병력 및 암가족력	모	<input checked="" type="checkbox"/> 무
	자녀	<input checked="" type="checkbox"/> 무
	형제/자매	<input checked="" type="checkbox"/> 무
	기타	<input checked="" type="checkbox"/> 무

## - 진료정보

최근투약상태	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	지창약	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유
입원 경험	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유		
수술	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ()		
알러지	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	음식() 항생제() 약물() 기타()	
병에대한 인식	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 (자궁경부암) <input type="checkbox"/> 조사불가()		

## ◆ 신체사정

소화기계	소화기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 연하곤란 <input type="checkbox"/> 오심 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 토혈 <input type="checkbox"/> 소화장애 <input type="checkbox"/> 복부팽만 <input type="checkbox"/> 복부동통 <input type="checkbox"/> 점액변 <input type="checkbox"/> 혈변
------	-------	--	---

순환기계	순환기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 심계항진 <input type="checkbox"/> 흉통 <input type="checkbox"/> 청색증 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 식은땀 <input type="checkbox"/> 어지럼증
	부종	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	부위: <input type="checkbox"/> 전신 <input type="checkbox"/> 사지 <input type="checkbox"/> 상지 <input type="checkbox"/> 하지 <input type="checkbox"/> 얼굴 <input type="checkbox"/> 안검 <input type="checkbox"/> 기타
	요흔	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	부위:

호흡기계	호흡기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 가래 <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 객혈 <input type="checkbox"/> 기관절개술
------	-------	--	--

신경계	의식상태	지남력	시간: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 장소: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 사람: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유
		의식	<input checked="" type="checkbox"/> Alert(명료) <input type="checkbox"/> Drawsy(기면) <input type="checkbox"/> stupor(惚迷) <input type="checkbox"/> Semicoma(반惛수) <input type="checkbox"/> Coma(惛수)
		의사소통	<input checked="" type="checkbox"/> 원만함 <input type="checkbox"/> 곤란함 <input type="checkbox"/> 불가능함
	시력장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	좌: 우:
	청력장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	좌: <input type="checkbox"/> 청력저하 <input type="checkbox"/> 이명 <input type="checkbox"/> 청력상실 <input type="checkbox"/> 기타: 우: <input type="checkbox"/> 청력저하 <input type="checkbox"/> 이명 <input type="checkbox"/> 청력상실 <input type="checkbox"/> 기타:
	감각이상	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무감각/저림 <input type="checkbox"/> 이상감각 <input type="checkbox"/> 저하 부위:
	마비	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	상지: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우 하지: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우 안면: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우

피부통합상태	피부상태	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 부위:
	피부색	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 <input type="checkbox"/> 창백 <input type="checkbox"/> 홍조 <input type="checkbox"/> 청색증 <input type="checkbox"/> 황달 부위:
	욕창	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유

수면 및 피로상태	수면장애	0
	피로상태	0

정서상태	불안	0
	우울	0

통증사정	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 촉정불가
------	--

대변	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 장루 <input type="checkbox"/> 조사불가 횟수: 1 / 1 일 색: 정상 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 기타()
----	--

배변 & 배뇨 습관	소변	배뇨양상	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 조사불가 <input type="checkbox"/> 도뇨관 <input type="checkbox"/> PCN <input type="checkbox"/> 요루 <input type="checkbox"/> CIC <input type="checkbox"/> diaper 양: 보통 횟수: 6~7일 색: 정상 냄새: 무
		배뇨장애 증상	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 조사불가 <input type="checkbox"/> 빈뇨 <input type="checkbox"/> 철뇨 <input type="checkbox"/> 긴급뇨의 <input type="checkbox"/> 실금 <input type="checkbox"/> 작열감 <input type="checkbox"/> 배뇨곤란

## - 영양상태

식욕	<input type="checkbox"/> 좋음 <input checked="" type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 나쁨 <input type="checkbox"/> 조사불가
섭취량변화	<input type="checkbox"/> 감소 <input checked="" type="checkbox"/> 변화없음 <input type="checkbox"/> 증가 <input type="checkbox"/> 조사불가
체중변화	<input type="checkbox"/> 감소 <input checked="" type="checkbox"/> 변화없음 <input type="checkbox"/> 증가 (개월동안 체중 kg) <input type="checkbox"/> 조사불가

## - 기능사정

ECOG	0: 제한 없이 정상적이다.
------	-----------------

- 보유기구 및 이식형 보조장치  무  유

<input type="checkbox"/> 의치	<input type="checkbox"/> 안경	<input type="checkbox"/> 렌즈	<input type="checkbox"/> 보청기	<input type="checkbox"/> 보조기	<input type="checkbox"/> 의안	<input type="checkbox"/> 목발	<input type="checkbox"/> 지팡이	<input type="checkbox"/> PaceMaker	<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> C-Line
<input type="checkbox"/> Hickmann	<input type="checkbox"/> Chemo Port	<input type="checkbox"/> PCD	<input type="checkbox"/> PCN	<input type="checkbox"/> PTBD	<input type="checkbox"/> Perm cath.	<input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMY TUBE	<input type="checkbox"/> KOKEN TUBE	<input type="checkbox"/> Feeding tube	<input type="checkbox"/> VAD(Ventricular Assist Device)	<input type="checkbox"/> DBS(Deep Brain Stimulation)
										<input type="checkbox"/> 기타()

## - 퇴원계획 수립

호스피스의뢰	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
전원의뢰센터	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
산소등 의료기구	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
가정간호 연결	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름

## ◆ 산.부인과 정보

초경시기	16세
폐경	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 폐경시기: 6년전 폐경이유: 나이
전월경일	기억안남
출산경험	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 첫출산: 89/05/03
출산력	만기출산(2), 조산(0), 자연유산(0), 인공유산(0), 생존남아(1), 생존여아(1).
최종분만일	91/03/07
최종인공 유산일	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 기억안남
최종자연 유산일	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 기억안남
가족계획	없음
산과정보	임신여부 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유

[입원수속일시: 2023-02-09 17:38]

작성자 : 김혜원

수정자 : 김영택

## 간호초기평가

## 일반성인

입원일	2023-02-09	작성/수정	김혜원/김영택
현주소	경기도 파주시 조리읍 봉천로 58 2층 2층	전화번호	010-2200-4680

혈액형		전화번호2
진단명	Cervical Cancer	

## ◆ 일반정보

## - 기본정보

정보제공자	본인	결혼여부	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유	국적	대한민국
동거형태	<input type="checkbox"/> 비동거 <input checked="" type="checkbox"/> 동거 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 형제/자매: <input checked="" type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타:				
주간호제공자	자녀			연락가능한 번호	010-5957-8515
	직업	자유업	교육정도	대출	
	종교	기독교	종교적 서비스제공 동의 여부	<input checked="" type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 미해당	
문화적·종교적 특수성	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ()				

## - 입원정보

입원경로	외래	입원방법	도보
현재흡연	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가		
흡연력	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가 시작연령: 세 양: 갑/일 기간: 년 금연시작시기: 년 금연교육 시행여부: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유		
음주	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가 시작연령: 세 종류: 양: 병/회 횟수: 회/월 기간: 년		
활력징후	혈압: 139/75mmHg 체온: 36.20 °C 맥박: 76 회/min 호흡: 18 회/min		
신체계측	체중: 59.10kg 신장: 147.40cm SpO <sub>2</sub> : <input checked="" type="checkbox"/> 해당없음		
대체요법	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가		
주증상	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유		
외부슬라이드	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	외부CD	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유
입원동기	<p>*입원동기: W/U            *환자: 010-2200-4680 (nCOV: 2/9 N. NCC) (예방접종: 5차/확진이력: x)            보호자(딸: 박기쁨): 010-5957-8515(nCOV: 2/10 N. NCC) (예방접종: 4차 화이자, 등록번호: 33516700. 확진이력: X)</p> <p>1&gt; 23/1 월 severe erosion, intermittent bleeding (bx: ASCUS, 비정형편평 상피세포) -at.local            2&gt; 23/01/27 NCC visit            =&gt; 3cm sized ulcerofungating mass - R/O cervical cancer 소견            3&gt; 23/02/09 W/U 위해 입원함.</p>		

## - 과거력 및 가족력

과거병력	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 고혈압() <input type="checkbox"/> 당뇨() <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 간질환 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 불면 <input type="checkbox"/> 심장질환()										
	<input type="checkbox"/> 기타()										
가족병력 및 암가족력	<table> <tr> <td>부</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>모</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>자녀</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>형제/자매</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>기타</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 무</td> </tr> </table>	부	<input checked="" type="checkbox"/> 무	모	<input checked="" type="checkbox"/> 무	자녀	<input checked="" type="checkbox"/> 무	형제/자매	<input checked="" type="checkbox"/> 무	기타	<input checked="" type="checkbox"/> 무
부	<input checked="" type="checkbox"/> 무										
모	<input checked="" type="checkbox"/> 무										
자녀	<input checked="" type="checkbox"/> 무										
형제/자매	<input checked="" type="checkbox"/> 무										
기타	<input checked="" type="checkbox"/> 무										

## - 진료정보

최근투약상태	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	지침약	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유
입원 경험	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유		

수술	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ()
알려지	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 음식 () 항생제 () 약물 () 기타 ()
병에대한 인식	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 (자궁경부암) <input type="checkbox"/> 조사불가 ()

## ◆ 신체사정

소화기계	소화기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 연하곤란 <input type="checkbox"/> 오심 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 토혈 <input type="checkbox"/> 소화장애 <input type="checkbox"/> 복부팽만 <input type="checkbox"/> 복부동통 <input type="checkbox"/> 점액변 <input type="checkbox"/> 혈변
------	-------	--	---

순환기계	순환기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 심계항진 <input type="checkbox"/> 흉통 <input type="checkbox"/> 청색증 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 식은땀 <input type="checkbox"/> 어지럼증
	부종	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	부위 : <input type="checkbox"/> 전신 <input type="checkbox"/> 사지 <input type="checkbox"/> 상지 <input type="checkbox"/> 하지 <input type="checkbox"/> 얼굴 <input type="checkbox"/> 안검 <input type="checkbox"/> 기타
	요흔	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	부위 :

호흡기계	호흡기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 가래 <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 객혈 <input type="checkbox"/> 기관절개술
------	-------	--	--

신경계	의식상태	지남력	시간: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 장소: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 사람: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유
		의식	<input checked="" type="checkbox"/> Alert(명료) <input type="checkbox"/> Drawsy(기면) <input type="checkbox"/> stupor(혼미) <input type="checkbox"/> Semicoma(반惛수) <input type="checkbox"/> Coma(惛수)
		의사소통	<input checked="" type="checkbox"/> 원만함 <input type="checkbox"/> 곤란함 <input type="checkbox"/> 불가능함
	시력장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	좌: 우:
	청력장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	좌: <input type="checkbox"/> 청력저하 <input type="checkbox"/> 이명 <input type="checkbox"/> 청력상실 <input type="checkbox"/> 기타: 우: <input type="checkbox"/> 청력저하 <input type="checkbox"/> 이명 <input type="checkbox"/> 청력상실 <input type="checkbox"/> 기타:
	감각이상	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무감각/저림 <input type="checkbox"/> 이상감각 <input type="checkbox"/> 저하 부위:
	마비	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	상지: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우 하지: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우 안면: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우

피부통합상태	피부상태	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 부위:
	피부색	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 <input type="checkbox"/> 창백 <input type="checkbox"/> 홍조 <input type="checkbox"/> 청색증 <input type="checkbox"/> 황달 부위:
	육창	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유

수면 및 피로상태	수면장애	0
	피로상태	0

정서상태	불안	0
	우울	0

통증사정	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 측정불가
------	--

배변 & 배뇨습관	대변	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 장루 <input type="checkbox"/> 조사불가 횟수: 1/1 일 색: 정상 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 기타()
	배뇨양상	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 조사불가 <input type="checkbox"/> 도뇨관 <input type="checkbox"/> PCN <input type="checkbox"/> 요루 <input type="checkbox"/> CIC <input type="checkbox"/> diaper 양: 보통 횟수: 6~7/일 색: 정상 냄새: 무
	배뇨장애 증상	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 조사불가 <input type="checkbox"/> 빈뇨 <input type="checkbox"/> 혈뇨 <input type="checkbox"/> 긴급뇨의 <input type="checkbox"/> 실금 <input type="checkbox"/> 작열감 <input type="checkbox"/> 배뇨곤란

## - 영양상태

식욕	<input type="checkbox"/> 좋음 <input checked="" type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 나쁨 <input type="checkbox"/> 조사불가
섭취량변화	<input type="checkbox"/> 감소 <input checked="" type="checkbox"/> 변화없음 <input type="checkbox"/> 증가 <input type="checkbox"/> 조사불가

체중변화

감소  변화없음  증가 (개월동안 체중 kg)  조사불가

## - 기능사정

ECOG

0: 제한 없이 정상적이다.

- 보유기구 및 이식형 보조장치  무  유

의치  안경  렌즈  보청기  보조기  의안  목발  지팡이  PaceMaker  PICC  C-Line  
 Hickmann  Chemo Port  PCD  PCN  PTBD  Perm cath.  TRACHEOSTOMY TUBE  KOKEN  
TUBE  Feeding tube  VAD(Ventricular Assist Device)  DBS(Deep Brain Stimulation)  인공와우  기타()

## - 퇴원계획 수립

호스피스의뢰	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
전원의뢰센터	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
산소등 의료기구	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
가정간호 연결	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름

[입원수속일시: 2023-02-09 17:38]

작성자 : 김혜원 김혜원수정자 : 김영택 김영택