

## W-12.1(2) 의무기록 관리 : 의사 의무기록 필수작성사항

서식명	작성기한	기재내용	작성자
의학적 초기평가 (입원노트)	입원후 24시간 이내	-인적사항(등록번호,성명,성별,연령) -주호소 : CC(chief complaint) -현병력 : PI(present illness) -과거력 : PH(past history) -계통적 문진 : ROS(review of system) -신체검진 : PE(physical exam) -신경학적검사 : NE(neurologic exam) -영상의학적 검사결과 -추정진단 : Impression -치료계획 및 퇴원계획	의사
경과기록	1주일 최소2회이상	-인적사항 -특수검사/처치후 환자상태 변화 -수술/시술후 환자상태 변화(수술 후 24시간 이내 경과기록) -의학적 재평가(30일마다):인적사항, 주호소,계통적 문진,신체검진,진단명, 치료계획,퇴원계획	의사
간호초기평가 (간호정보조 사지)	병동 도착후 24시간 이내	-인적사항 -일반정보 및 입원정보 -과거력 및 가족력 -최근 투약여부 -입원 및 수술경험 여부 -알러지 여부 -신체 및 의식,정서상태 -사회 및 경제상태 -문화적,종교적 특수성 파악	병동 간호 사
간호기록	환자상태 변화시, 시행후	-인적사항 -환자상태 변화에 따른 기록 -수술(시술)후 간호기록 -SOPIE형식으로 기재	병동 간호 사

수술/시술기록	수술실 퇴실전	-인적사항 -수술 시작시각/종료시각 -수술전, 후 진단명/수술명 -수술 집도의/. 보조의 이름 -검사를 위해 채취한 조직표본검체 -출혈정도 -수술중 특이사항 -수술소견 및 절차	의사
마취진료기록	마취 전/중/후	-인적사항 -마취 전 환자상태 평가 -마취 진료 계획 -마취 유도 직전 환자상태 평가 -마취중 환자상태 모니터링 -회복중 환자상태 모니터링 -회복실 퇴실기준 평가기록 -회복실 퇴실결정의 적격환자의 시행 여부	마취 의
동의서	시행 전	-인적사항 -병명, 수술명 -수술목적 및 방법 -수술과정중 혹은 후, 회복과정중 발생 할수 있는 문제 -예정된 의료행위 이외의 시행 가능한 방법 -예정된 의료행위가 시행되지 않았을때 의 결과 -동위원자 서명 -환자(보호자)서명 및 대리인이 서명한 이유 -설명 의사 서명	의사

전과기록	전과전, 인계전	(전출기록) -인적사항 및 전출일자/전출과 -전출시 환자상태 -환자의 상태에 따른 주요검사 결과 -전출이유 -진단 (전입기록) -인정사항 및 전입일자/전입과 -치료계획(수술계획) -진단	의사
퇴원요약	퇴원 전	-인적사항 -입원과/퇴원과 -입원일자/퇴원일자 -주호소 및 입원사유 -주진단명 및 부진명 -수술 및 시술명 -퇴원약물 -입원후 경과요약 -퇴원시 환자상태(치료결과 및 퇴원형태) -추후관리계획	의사
협의진료기록	응급24시간이 내 비응급48시간 이내 회신	-인적사항 -의뢰/회신과 및 의사명 -환자의 상태와 의뢰내용 -의뢰한 내용에 대한 회신 -의뢰일자/회신일자 -의뢰구분(응급/일반)	의사
외래초진기록	진료시점	-인적사항 -주호소:CC(chief complaint) -현병력:PI(present illness) -과거력:PH(past history) -신체검진:PE(physical exam) -진단:Impression -치료계획:Plan -통증평가: NRS	의사