

## 의무기록 작성 지침

규정번호	W-12.1 (3)	제정일	2013년 02월 15일
승인책임자	병원장	최근개정일	2016년 10월 31일
검토책임자	규정관리위원회위원장	시행일	2016년 12월 01일
주무부서	진료부, 간호부	검토주기	3년
관련근거	의료기관인증기준12.1	검토예정일	2019년 10월 30일

### I. 목적

표준화된 의무기록의 형식과 내용 및 작성에 필요한 세부사항을 정하는 것을 목적으로 한다.

### II. 정책

1. 의무기록은 환자에게 내려진 진단을 정당화하고 치료 사실과 그 결과를 입증할 수 있도록 내용 완전하고 정확하게 기록되어야 한다.
2. 의무기록은 책임 있는 자가 작성하여야 하고 책임 있는 자라 함은 당해 환자에게 직접 진료를 하는 자를 말하며, 최종 작성 책임은 주치의에게 있다.
3. 의무기록은 일정한 서식을 이용하여 작성하는 것을 원칙으로 한다.

### III. 절차

1. 의무기록의 작성
  - 1) 의무기록의 작성에 책임 있는 자는 당해 환자에게 직접 진료를 행한 자로서, 작성에 대한 최종책임은 주치의에게 있다. 다만, 필요한 경우 진료행위자의 감독 하에 입력 요원이 대리로 입력할 수 있다.
  - 2) 기타 모든 사항은 전공의나 전문의가 기록하는 것을 원칙으로 하며, 간호사, 영양사 등 특정 의료직도 기록할 수 있다.
2. 의무기록의 작성시한 및 작성주기는 다음과 같다.
  - 1) 외래기록은 당일 작성한다.
  - 3) 의학적 초기평가는 입원 후 24시간 이내에 작성한다.
  - 4) 간호초기평가는 입원 후 24시간 이내 작성한다.
  - 5) 경과기록은 환자 상태의 변화, 특수검사 및 치료내용을 포함하여 작성하며 최소 일주일에 2회 이상 작성하며 수술 후 24시간이내 경과기록을 작성한다.
  - 6) 경과기록은 SOAPIE 형식으로 작성한다.
  - 7) 의학적 재평가 기록은 입원 30일마다 작성한다.
  - 8) 수술기록은 수술실 퇴실 전에 작성한다.
  - 9) 시술기록은 시술실(회복실,수술실) 퇴실 전 작성한다.
  - 10) 동의서는 의료행위 전에 작성한다.(단, 응급상황에서는 예외이다)
  - 11) 전과기록은 전과 전에 작성한다.
  - 12) 퇴원요약은 퇴원 전에 작성한다.
  - 13) 입원환자 의무기록은 재원 중에 완결을 원칙으로 하나 재원 중에 완결하지 못한 의무기록은 환자 퇴원 후 30일 이내에 완결되도록 한다.

3. 의무기록서식의 종류는 다음과 같으며 각 항목별 자세한 기재 내용을 작성한다.

- 1) 의학적 초기평가 (입원기록) - 입원 후 24시간 이내 작성
  - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 연령), 진료과
  - (2) 주호소 : CC(chief complaint)
  - (3) 현병력 : PI(present illness)
  - (4) 과거력 : PH(past history)
  - (5) 계통적 문진 : ROS(review of system)
  - (6) 신체검진 : PE(physical exam)
  - (7) 신경학적검사 : NE(neurologic exam)
  - (8) 영상의학적 검사결과
  - (9) 추정진단 : Impression
  - (10) 치료계획 및 퇴원계획
  - (11) 작성일시
  - (12) 작성자 서명
- 2) 간호초기평가(간호정보조사) - 병동 도착 후 24시간 이내 작성
  - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 연령), 진료과
  - (2) 일반정보
  - (3) 입원정보
  - (4) 과거력 및 가족력
  - (5) 최근 투약 여부
  - (6) 입원 및 수술경험 여부
  - (7) 알러지 여부
  - (8) 신체사정
  - (9) 사회 및 경제상태
  - (10) 문화적·종교적 특수성 파악
  - (11) 작성자 서명
- 3) 경과기록 - 환자 상태 변화 시, 1주일에 최소 2회 이상 작성
  - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 연령), 진료과
  - (2) 특수검사/처치 후 환자 상태 변화
  - (3) 수술/시술 후 환자 상태 변화(수술 후 24시간 이내 경과기록)
  - (4) 작성일시
  - (5) 작성자
- 4) 의학적 재평가 기록 - 30일 마다 작성
  - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 나이), 진료과
  - (2) 주호소 : CC(chief complaint)
  - (3) 계통적 문진 : ROS(review of system)
  - (4) 신체검진 : PE(physical exam)
  - (5) 진단명
  - (6) 치료계획
  - (7) 퇴원계획

- (8) 작성일시
- (9) 작성자 서명
- 5) 간호기록 - 환자상태 변화 시, 시행 후 작성
  - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 연령)
  - (2) 환자상태 변화에 따른 기록
  - (3) 수술(시술) 후 간호 기록
  - (4) SOAPIE 형식으로 기록
- 6) 수술기록 - 수술 실 퇴실 전 작성
  - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 연령)
  - (2) 수술시작시각(연월일시)
  - (3) 수술종료시각(연월일시)
  - (4) 수술 전 진단명
  - (5) 수술 후 진단명
  - (6) 수술명
  - (7) 수술 집도의/보조의 이름
  - (8) 검사를 위해 채취한 조직표본검체
  - (9) 출혈정도
  - (10) 수술 중 특이사항
  - (11) 수술소견 및 수술절차
  - (12) 작성일시
  - (13) 작성자 서명
- 7) 시술기록 - 시술실 (회복실, 수술실) 퇴실 전 작성
  - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 연령)
  - (2) 시술시작시각(연월일시)
  - (3) 시술종료시각(연월일시)
  - (4) 시술 전 진단명
  - (5) 시술 후 진단명
  - (6) 시술명
  - (7) 시술 집도의/보조의 이름
  - (8) 시술 중 특이사항
  - (9) 시술소견 및 시술절차
  - (10) 작성일시
  - (11) 작성일시명
- 8) 마취진료기록(마취 전 평가, 마취, 회복 기록) - 마취 전/중/후
  - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 연령)
  - (2) 마취 전 환자상태 평가
  - (3) 마취진료 계획
  - (4) 마취진료 계획 작성자 서명
  - (5) 마취유도 직전 환자상태 평가
  - (6) 마취 중 환자상태 모니터링
  - (7) 마취기록 작성자 서명

- (8) 회복중 환자상태 모니터링
- (9) 회복실 퇴실기준 평가기록
- (10) 퇴실결정 의사서명, 간호사 서명
- 9) 수술(검사, 마취)동의서 - 시행 전
  - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 연령)
  - (2) 병명, 수술명
  - (3) 수술 목적
  - (4) 수술 방법
  - (5) 수술과정 중 혹은 후, 회복과정 중에 발생할 수 있는 문제
  - (6) 예정된 의료행위 이외의 시행 가능한 방법
  - (7) 예정된 의료행위가 시행되지 않았을 때의 결과
  - (8) 동의권자 서명
  - (9) 환자(보호자) 서명 및 대리인이 서명한 이유
  - (10) 설명의사 서명
  - (11) 작성일시
- 10) 전과기록, Duty on, off - 전과 전 작성, 인계 전 작성
  - 전출기록, Duty Off
    - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 연령)
    - (2) 전출일자, 전출과
    - (3) 전출시 환자상태
    - (4) 환자의 상태에 따른 주요검사 결과
    - (5) 전출이유
    - (6) 진단
    - (7) 작성일시
    - (8) 작성자 서명
  - 전입기록, Duty On
    - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 연령)
    - (2) 전입일자, 전입과
    - (3) 전입시 환자상태
    - (4) 치료계획(수술계획)
    - (5) 진단
    - (6) 작성일시
    - (7) 작성자 서명
- 11) 퇴원요약 - 퇴원 전 작성
  - (1) 환자의 인적사항 정보(등록번호, 성명, 성별, 연령)
  - (2) 입원과, 퇴원과
  - (3) 입원일자, 퇴원일자
  - (4) 주소 및 입원사유
  - (5) 주진단명 및 부진단명
  - (6) 수술 및 시술명
  - (7) 퇴원약물

- (8) 입원 후 경과요약
- (9) 퇴원 시 환자 상태(치료결과 및 퇴원형태)
- (10) 추후관리계획
- (11) 작성일시
- (12) 작성자 전자서명
- 12) 협의진단기록 – 응급 24시간 / 비응급 48시간 이내 회신
  - (1) 환자의 인적사항 정보(등록번호, 성명, 성별, 연령)
  - (2) 의뢰 진료과 및 의사명
  - (3) 회신 진료과 및 의사명
  - (4) 환자의 상태와 의뢰내용
  - (5) 의뢰한 내용에 대한 회신
  - (6) 의뢰 일자와 회신 일자
  - (7) 의뢰자의 서명 및 회신자의 서명
  - (8) 의뢰구분(응급/ 일반)
- 13) 외래초진기록 – 진료 시점 작성
  - (1) 환자의 인적사항정보(등록번호, 성명, 성별, 연령), 진료과
  - (2) 주호소 : CC(chief complaint)
  - (3) 현병력 : PI(present illness)
  - (4) 과거력 : PH(past history)
  - (5) 신체검진 : PE(physical exam)
  - (6) 진단 : Impression
  - (7) 치료계획 : Plan
  - (8) 통증평가 (NRS)
  - (9) 작성일시
  - (10) 작성자 서명
- 4. 의무기록 서식 제정 및 개정
  - 1) 의무기록의 신규서식 신청
    - (1) 의무기록 서식 제정 및 개정신청서[별첨 1]를 작성하여 부서장의 확인을 득한다.
    - (2) 신청서를 의무기록담당자에게 제출한다.
  - 2) 의무기록의 서식등록
    - (1) 의무기록의 서식 제정 및 개정 시 의무기록위원회의 심의를 거쳐 인증된 서식을 사용하는 것을 원칙으로 한다.
    - (2) 약식으로 의무기록위원장 위임으로 심의를 대신 할 수 있다.

#### IV. 참고

- 1. 의료법 제22조(진료기록부 등) 및 의료법 제23조(전자의무기록)
- 2. 의료법 시행규칙 제14조 (진료기록부 등의 기재사항)

#### [별첨]

- 별첨 1. 의무기록 서식 제정 · 개정 승인 신청서



입안자	규정 관리위원장	
승인책임자	병원장	
서명일		

[별첨 1] 의무기록 서식 제정 · 개정 승인 신청서

의무기록 서식 제정 · 개정 승인 신청서

서 식 명	
서식 종류	
제정 · 개정 사유	

위 서식의 제정 · 개정을 신청하오니 승인하여 주시기 바랍니다.

신청일자 :            년            월            일  
 신 청 과 : \_\_\_\_\_  
 신 청 자 : \_\_\_\_\_ (서명)  
 부 서 장 : \_\_\_\_\_ (서명)

신청된 위 서식을 승인합니다.

의무기록담당	의무기록위원장	병원장