



협력기관 신청서(현황)

(* : 필수 기재 항목)

의 료 기 관	의료기관명		구 분	<input type="checkbox"/> 상급종합병원 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 재활전문병원 <input type="checkbox"/> 재활요양병원 <input type="checkbox"/> 요양병원 <input type="checkbox"/> 의원 <input type="checkbox"/> 치과의원 <input type="checkbox"/> 기타 _____
	요양기관기호		병 상 수	
	주 소			
	우편번호		홈페이지	
	전화번호		팩스번호	
	대표메일		참여사업	<input type="checkbox"/> 진료의뢰-화송사업 <input type="checkbox"/> 진료정보교류사업 <input type="checkbox"/> 심층진찰수거시험사업 <input type="checkbox"/> 해당사항없음
	*연 혁	(개원, 센터 개설 내용 등)		
병 원 장	성 명		구 분	<input type="checkbox"/> 의료인 <input type="checkbox"/> 비의료인
	직 위		면허번호	
	출신학교		전공/세부전공	
	*이 력	(타병원 근무 내용 등)		
* 협 력 담 당 자	성 명		구 분	<input type="checkbox"/> 의료인 <input type="checkbox"/> 비의료인
	근무부서		직 위	
	전화번호		팩스번호	
	휴대전화		메일주소	-

개인정보 수집/이용 동의 및 진료정보 보호 서약

본원은 고신대학교복음병원과 협약을 체결하고자 위와 같이 정보를 제공합니다.
 본 현황정보 내의 개인정보 및 의료기관 정보를 진료협력 업무에 한하여 사용하는 것에 동의하며,
 그 외의 용도로는 사용하지 않을 것을 서약합니다.

202 . . . *대표자 서명 _____ (인)



현황	*의료진 및 인력	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">의사명</th> <th style="width:25%;">면허번호</th> <th style="width:25%;">출신학교</th> <th style="width:25%;">진료과</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				의사명	면허번호	출신학교	진료과																														
	의사명	면허번호	출신학교	진료과																																			
*의료진 리스트	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">구 분</th> <th>인원(명)</th> <th colspan="2">구 분</th> <th>인원(명)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">의사직</td> <td style="text-align: center;">전 문 의</td> <td> </td> <td rowspan="4" style="text-align: center;">보건직</td> <td style="text-align: center;">임상병리사</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">레지던트</td> <td> </td> <td style="text-align: center;">방 사 선 사</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">인 턴</td> <td> </td> <td style="text-align: center;">물리치료사</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">일 반 의</td> <td> </td> <td style="text-align: center;">작업치료사</td> <td> </td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">간호직</td> <td style="text-align: center;">간 호 사</td> <td> </td> <td style="text-align: center;">언어치료사</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">간호조무사</td> <td> </td> <td style="text-align: center;">약무직</td> <td style="text-align: center;">약 사</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				구 분		인원(명)	구 분		인원(명)	의사직	전 문 의		보건직	임상병리사		레지던트		방 사 선 사		인 턴		물리치료사		일 반 의		작업치료사		간호직	간 호 사		언어치료사			간호조무사		약무직	약 사	
구 분		인원(명)	구 분		인원(명)																																		
의사직	전 문 의		보건직	임상병리사																																			
	레지던트			방 사 선 사																																			
	인 턴			물리치료사																																			
	일 반 의			작업치료사																																			
간호직	간 호 사		언어치료사																																				
	간호조무사		약무직	약 사																																			
간호(입원) 관리료	<input type="checkbox"/> 1등급 <input type="checkbox"/> 2등급 <input type="checkbox"/> 3등급 <input type="checkbox"/> 4등급 <input type="checkbox"/> 5등급 <input type="checkbox"/> 6등급(등급 미신청 병원 포함)																																						
*진료과목	<input type="checkbox"/> 내과(세부분과: _____) <input type="checkbox"/> 가정의학과 <input type="checkbox"/> 마취통증의학과 <input type="checkbox"/> 방사선종양학과 <input type="checkbox"/> 병리과 <input type="checkbox"/> 비뇨의학과 <input type="checkbox"/> 산부인과 <input type="checkbox"/> 성형외과 <input type="checkbox"/> 소아청소년과 <input type="checkbox"/> 신경과 <input type="checkbox"/> 신경외과 <input type="checkbox"/> 안과 <input type="checkbox"/> 영상의학과 <input type="checkbox"/> 외과 <input type="checkbox"/> 응급의학과 <input type="checkbox"/> 이비인후과 <input type="checkbox"/> 재활의학과 <input type="checkbox"/> 정신건강의학과 <input type="checkbox"/> 정형외과 <input type="checkbox"/> 진단검사의학과 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 피부과 <input type="checkbox"/> 흉부외과 <input type="checkbox"/> 한방 <input type="checkbox"/> 기타 : _____ <div style="text-align: right; color: red; font-weight: bold;">※ 전문의 진료과목만 기재하여 주십시오</div>																																						
주요시설	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">격리다인실 유무</td> <td style="width:25%;"><input type="checkbox"/> 유(____인실) <input type="checkbox"/> 무</td> <td style="width:25%;">1인실 유무</td> <td style="width:25%;"><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">구 분</th> <th style="text-align: center;">가능여부</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">세부사항</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">접촉주의</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> CRE/CPE <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRPA <input type="checkbox"/> MRAB <input type="checkbox"/> C.difficile </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">공기매개주의</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Tb </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">역(보호)격리</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">HIV</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">COVID 19</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>				격리다인실 유무	<input type="checkbox"/> 유(____인실) <input type="checkbox"/> 무	1인실 유무	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	구 분	가능여부	세부사항		접촉주의	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> CRE/CPE <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRPA <input type="checkbox"/> MRAB <input type="checkbox"/> C.difficile		공기매개주의	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> Tb		역(보호)격리	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무			HIV	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무			COVID 19	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무									
격리다인실 유무	<input type="checkbox"/> 유(____인실) <input type="checkbox"/> 무	1인실 유무	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																				
구 분	가능여부	세부사항																																					
접촉주의	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> CRE/CPE <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRPA <input type="checkbox"/> MRAB <input type="checkbox"/> C.difficile																																					
공기매개주의	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> Tb																																					
역(보호)격리	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																						
HIV	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																						
COVID 19	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																						

- 중환자실 응급실 인공신장실(다재내성균 감염 환자 투석 가능)
 수술실 분만실 신생아실 신생아집중치료실 정신과폐쇄병실
 물리치료실 작업치료실 언어치료실 호흡치료실 장례식장
 호스피스병동 간호간병통합서비스병동 기타: _____



현 황	전 문 서비스	<input type="checkbox"/> 회복기 재활 의료기관 <input type="checkbox"/> 보훈위탁진료 요양기관 <input type="checkbox"/> 산재지정 의료기관 <input type="checkbox"/> 호스피스 전문기관 <input type="checkbox"/> 화상전문센터 <input type="checkbox"/> 암요양병원 <input type="checkbox"/> 정신병원 <input type="checkbox"/> 기타 : _____																																																						
	기타사항	<input type="checkbox"/> 개인간병 <input type="checkbox"/> 공동간병 <input type="checkbox"/> 이송차량지원(위탁 포함) <input type="checkbox"/> 보호자 없는 의료급여/건강보험 환자 수용 <input type="checkbox"/> 노숙인/행려환자 수용																																																						
	수혈	<input type="checkbox"/> P/C <input type="checkbox"/> 혈소판 <input type="checkbox"/> FFP(플라즈마) <input type="checkbox"/> 전혈																																																						
	의료장비	<input type="checkbox"/> X-ray <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> 초음파 <input type="checkbox"/> 내시경 <input type="checkbox"/> 혈관조영촬영장치 <input type="checkbox"/> 뇌혈류검사기 <input type="checkbox"/> 근전도검사기 <input type="checkbox"/> 연하곤란검사장치 <input type="checkbox"/> 혈액투석기 <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> 제세동기 <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> GOMCO SUCTION <input type="checkbox"/> VENT <input type="checkbox"/> HOME VENT <input type="checkbox"/> Optiflow <input type="checkbox"/> AIRVO <input type="checkbox"/> WALL O2 <input type="checkbox"/> 기타 : _____																																																						
	재활치료	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">구 분</th> <th style="width: 25%;">가능여부</th> <th style="width: 25%;">구 분</th> <th style="width: 25%;">가능여부</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>뇌신경계 재활</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td>언어 재활</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>근골격계 재활</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td>암 재활</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>척추 재활</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td>O2 흡입 환자 재활</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>심장 재활</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td>통원재활치료</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>호흡 재활</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td>물리 치료</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>인지 재활</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td>운동 치료</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>소아 재활</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td>작업 치료</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>연하 재활</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td>CPM(상지/무릎)</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> </tr> <tr> <td>격리재활치료</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> CRE/CPE <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRPA <input type="checkbox"/> MRAB <input type="checkbox"/> C.difficile <input type="checkbox"/> 불가 </td> </tr> <tr> <td>중추신경계 재활치료</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 발병일 무관하게 전원 가능 <input type="checkbox"/> 발병일로부터 6개월 이내 전원 가능 <input type="checkbox"/> 발병일로부터 1년 이내 전원 가능 <input type="checkbox"/> 발병일로부터 2년 이내 전원가능 </td> </tr> <tr> <td>삼킴검사(VFSS)</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>tilting table</td> <td><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				구 분	가능여부	구 분	가능여부	뇌신경계 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	언어 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	근골격계 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	암 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	척추 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	O2 흡입 환자 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	심장 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	통원재활치료	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	호흡 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	물리 치료	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	인지 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	운동 치료	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	소아 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	작업 치료	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	연하 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	CPM(상지/무릎)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	격리재활치료	<input type="checkbox"/> CRE/CPE <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRPA <input type="checkbox"/> MRAB <input type="checkbox"/> C.difficile <input type="checkbox"/> 불가			중추신경계 재활치료	<input type="checkbox"/> 발병일 무관하게 전원 가능 <input type="checkbox"/> 발병일로부터 6개월 이내 전원 가능 <input type="checkbox"/> 발병일로부터 1년 이내 전원 가능 <input type="checkbox"/> 발병일로부터 2년 이내 전원가능			삼킴검사(VFSS)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무			tilting table	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	
구 분	가능여부	구 분	가능여부																																																					
뇌신경계 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	언어 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																																					
근골격계 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	암 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																																					
척추 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	O2 흡입 환자 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																																					
심장 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	통원재활치료	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																																					
호흡 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	물리 치료	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																																					
인지 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	운동 치료	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																																					
소아 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	작업 치료	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																																					
연하 재활	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	CPM(상지/무릎)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																																					
격리재활치료	<input type="checkbox"/> CRE/CPE <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRPA <input type="checkbox"/> MRAB <input type="checkbox"/> C.difficile <input type="checkbox"/> 불가																																																							
중추신경계 재활치료	<input type="checkbox"/> 발병일 무관하게 전원 가능 <input type="checkbox"/> 발병일로부터 6개월 이내 전원 가능 <input type="checkbox"/> 발병일로부터 1년 이내 전원 가능 <input type="checkbox"/> 발병일로부터 2년 이내 전원가능																																																							
삼킴검사(VFSS)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																																							
tilting table	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																																							
관리가능 항 목	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">구 분</th> <th style="width: 40%;">처치명</th> <th style="width: 10%;">가능</th> <th style="width: 10%;">구 분</th> <th style="width: 40%;">처치명</th> <th style="width: 10%;">가능</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">옥창 치료</td> <td><input type="checkbox"/> 1~3단계 <input type="checkbox"/> 4단계</td> <td rowspan="3"></td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Line 관리</td> <td style="text-align: center;">Chemo-port</td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> unstageable <input type="checkbox"/> DTI</td> <td style="text-align: center;">PICC, 중심정맥관</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Curabag 여부</td> <td style="text-align: center;">Hickman</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">음압 치료</td> <td style="text-align: center;">관리</td> <td style="text-align: center;">교환</td> <td style="text-align: center;">Perm</td> </tr> </tbody> </table>						구 분	처치명	가능	구 분	처치명	가능	옥창 치료	<input type="checkbox"/> 1~3단계 <input type="checkbox"/> 4단계		Line 관리	Chemo-port		<input type="checkbox"/> unstageable <input type="checkbox"/> DTI	PICC, 중심정맥관	<input type="checkbox"/> Curabag 여부	Hickman	음압 치료	관리	교환	Perm																														
구 분	처치명	가능	구 분	처치명	가능																																																			
옥창 치료	<input type="checkbox"/> 1~3단계 <input type="checkbox"/> 4단계		Line 관리	Chemo-port																																																				
	<input type="checkbox"/> unstageable <input type="checkbox"/> DTI			PICC, 중심정맥관																																																				
	<input type="checkbox"/> Curabag 여부			Hickman																																																				
음압 치료	관리	교환		Perm																																																				



현 황	관리가능 항 목	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">구 분</th> <th style="width: 40%;">처치명</th> <th style="width: 10%;">가능</th> <th style="width: 10%;">구 분</th> <th style="width: 20%;">처치명</th> <th style="width: 10%;">가능</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;">처방</td> <td style="text-align: center;">TPN</td> <td></td> <td rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;">처치</td> <td style="text-align: center;">Intubation</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">항암</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Ventilator care</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">항생제</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Homevent care</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">마약성 진통제</td> <td> <input type="checkbox"/> Morphine(PO) <input type="checkbox"/> Morphine(주사제) <input type="checkbox"/> Pethidine(주사제) <input type="checkbox"/> 마약성 patch <input type="checkbox"/> IV PCA <input type="checkbox"/> ECI </td> <td></td> <td style="text-align: center;">양압기(BiPAP) care</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">suction</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Aqua pack</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">복막투석</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Tube 관리</td> <td style="text-align: center;">Tracheostomy</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Enema</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">E-tube</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Heparinization</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">L-tube</td> <td></td> <td style="text-align: center;">복수천자</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PEG</td> <td></td> <td style="text-align: center;">흉관 삽입 및 관리</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">배액관 (위루, 장루, 요루)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">PCD 삽입 및 관리</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Foley/ Nelaton</td> <td></td> <td style="text-align: center;">심폐소생술</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CIC</td> <td></td> <td style="text-align: center;">IV care</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	구 분	처치명	가능	구 분	처치명	가능	처방	TPN		처치	Intubation		항암		Ventilator care		항생제		Homevent care		마약성 진통제	<input type="checkbox"/> Morphine(PO) <input type="checkbox"/> Morphine(주사제) <input type="checkbox"/> Pethidine(주사제) <input type="checkbox"/> 마약성 patch <input type="checkbox"/> IV PCA <input type="checkbox"/> ECI		양압기(BiPAP) care				suction				Aqua pack				복막투석		Tube 관리	Tracheostomy		Enema		E-tube		Heparinization		L-tube		복수천자		PEG		흉관 삽입 및 관리		배액관 (위루, 장루, 요루)		PCD 삽입 및 관리		Foley/ Nelaton		심폐소생술		CIC		IV care		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">투석</td> <td> <input type="checkbox"/> 혈액 투석(HD) <input type="checkbox"/> 복막 투석(PD) <input type="checkbox"/> 야간 투석 <input type="checkbox"/> 외래 통원 투석 <input type="checkbox"/> 감염 환자 투석 (CRE, VRE, MRSA 등) (세부 내용: _____) <input type="checkbox"/> Vent 환자 투석 <input type="checkbox"/> HBV 환자 투석 <input type="checkbox"/> HCV 환자 투석 <input type="checkbox"/> 기타 : _____ </td> </tr> </table>	투석	<input type="checkbox"/> 혈액 투석(HD) <input type="checkbox"/> 복막 투석(PD) <input type="checkbox"/> 야간 투석 <input type="checkbox"/> 외래 통원 투석 <input type="checkbox"/> 감염 환자 투석 (CRE, VRE, MRSA 등) (세부 내용: _____) <input type="checkbox"/> Vent 환자 투석 <input type="checkbox"/> HBV 환자 투석 <input type="checkbox"/> HCV 환자 투석 <input type="checkbox"/> 기타 : _____
	구 분	처치명	가능	구 분	처치명	가능																																																																	
처방	TPN		처치	Intubation																																																																			
	항암			Ventilator care																																																																			
	항생제			Homevent care																																																																			
	마약성 진통제	<input type="checkbox"/> Morphine(PO) <input type="checkbox"/> Morphine(주사제) <input type="checkbox"/> Pethidine(주사제) <input type="checkbox"/> 마약성 patch <input type="checkbox"/> IV PCA <input type="checkbox"/> ECI			양압기(BiPAP) care																																																																		
				suction																																																																			
				Aqua pack																																																																			
				복막투석																																																																			
Tube 관리	Tracheostomy		Enema																																																																				
	E-tube		Heparinization																																																																				
	L-tube		복수천자																																																																				
	PEG		흉관 삽입 및 관리																																																																				
	배액관 (위루, 장루, 요루)		PCD 삽입 및 관리																																																																				
	Foley/ Nelaton		심폐소생술																																																																				
	CIC		IV care																																																																				
투석	<input type="checkbox"/> 혈액 투석(HD) <input type="checkbox"/> 복막 투석(PD) <input type="checkbox"/> 야간 투석 <input type="checkbox"/> 외래 통원 투석 <input type="checkbox"/> 감염 환자 투석 (CRE, VRE, MRSA 등) (세부 내용: _____) <input type="checkbox"/> Vent 환자 투석 <input type="checkbox"/> HBV 환자 투석 <input type="checkbox"/> HCV 환자 투석 <input type="checkbox"/> 기타 : _____																																																																						
비 고																																																																							

- 해당사항이 없을 경우, 공란 혹은 ‘해당사항 없음’ 으로 표기 바랍니다.
- 본 자료는 고신대학교복음병원과의 진료협력 관련 용도로만 사용됩니다.
- * 필수 첨부자료: 사업자등록증, 의료기관 개설신고증명서
- 선택 첨부자료: 최근 6개월간 입원, 외래 실적 / 홍보자료 및 팸플릿 등 (5장 이내)

서류 보내는 곳

고신대 학교복음병원 진료협력센터

- 우편: (49241) 부산광역시 서구 감천로262, 3동 1층 진료협력센터 (방문가능)
- TEL: 051)990-3030~3033, 3135 FAX: 051)990-3136, 3314
- E-mail: krc@kosinmed.or.kr, yosim@kosinmed.or.kr