**굿모닝병원 협력병의원 체결 신청서 (병원, 요양병원)**

협력병원 체결을 위해 귀 원에 대한 기본 정보가 필요 하오니 내용 참조하시어 협조 부탁드립니다.

아래 자료는 굿모닝병원과의 진료의뢰, 회송 관련 협력네트워크 운영 용도로만 사용 됩니다.

**1. 기관 현황**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 의료기관명 |  | 요양기관번호 |  |
| 주 소 |  |
| 전화번호 |  | 팩스번호 |  |
| 개원일 |  | 의료기관종별 |  |
| 진료과목 |  | 병상수 |  |

**2. 의료진 현황**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 대표원장명 |  | 연락처 |  |
| 생년월일 |  | 성 별 |  |
| 진료과 |  | 면허번호 |  |
| 출신학교 |  | E-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 의사 성명 | 직위 | 전문분야 | 출신학교 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3. 협력 실무 담당자**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 성 명 |  | H.P |  |
| 근무부서 |  | 직 위 |  |
| 직통전화 |  | FAX |  |
| E-MAIL |  |

**4. 처치 및 치료 항목**

| 처 치 및 치 료 명 | 유 | 무 | 기 타 |
| --- | --- | --- | --- |
| Tracheostomy care |  |  |  |
| Suction |  |  |  |
| O2 Therapy |  |  |  |
| Intubation |  |  |  |
| Ventilator care |  |  |  |
| Ventilator care(Home) |  |  |  |
| L-tube |  |  |  |
| PEG |  |  |  |
| Foley/Nelaton |  |  |  |
| 배액관 관리(위루,장루,PCN, PTBD 등) |  |  |  |
| 단순드레싱 및 복합드레싱 |  |  |  |
| 욕창 예방 및 치료 |  |  |  |
| 복수천자 |  |  |  |
| 마약성 진통제 투여 |  |  |  |
| TPN 투여 |  |  |  |
| 항생제 투여 (1.2.3세대/ 제한항생제) |  |  |  |
| 혈액투석 |  |  |  |
| 혈액투석(감염병: VRE, CRE 등) |  |  |  |
| PICC 관리 |  |  |  |
| Central line 관리 |  |  |  |
| Chemoport 관리 |  |  |  |
| 물리치료 |  |  | 감염병 □ 가능 □ 불가능 |
| 재활치료 |  |  | 감염병 □ 가능 □ 불가능 |

**5. 감염병 환자 입원**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 구 분 | 유 | 무 | 기타 (다인실/ 1인실) |
| VRE  |  |  | □ 다인실 □ 1인실 |
| CRE |  |  | □ 다인실 □ 1인실 |
| CPE  |  |  | □ 다인실 □ 1인실 |
| MRSA / MRPA |  |  | □ 다인실 □ 1인실 |

**6. 구급차 지원 여부**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 구 분 | 유 | 무 | 기 타 |
| 구급차 |  |  |  |
| 환자이송 시 구급차 지원 여부  |  |   |  |

**7. 보호자 상주 가능 여부**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 구 분 | 유 | 무 | 기 타 |
| 보호자 상주 |  |  |  |

**8. 보험 관련 가능 유무**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 구 분 | 유 | 무 | 기 타 |
| 건강보험 |  |  |  |
| 의료급여1.2종 |  |  |  |
| 산재 |  |  |  |
| 자동차보험 |  |  |  |
| 국제보험 |  |  |  |

**9. 전반적인 시설 및 환경** (해당 병원 자가 평가)

| 문항 점수 | 매우양호 | 양호 | 보통 | 불량 | 매우불량 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.청결도 |  |  |  |  |  |
| 2.시설 및 환경수준 |  |  |  |  |  |
| 3.병실 내부 공간확보 (침상간격) |  |  |  |  |  |
| 4.화장실의 청결 및 이용 편리성 |  |  |  |  |  |
| 5.이동 침대 및 휠체어 이용 편리성 |  |  |  |  |  |
| 6.온도의 적정성과 공기의 쾌적성 |  |  |  |  |  |
| 7.병실과 주변의 소음 정도 |  |  |  |  |  |
| 8.식당 및 부대시설 이용 편리성 |  |  |  |  |  |
| 9.엘리베이터 이용 편리성 |  |  |  |  |  |
| 10.주차 시설 |  |  |  |  |  |

작 성 일: 년 월 일

 신 청 인: (서명)

진료협력센터 전화: 031-5182-7972

 팩스: 031-5182-7969

 이메일: goodmhjob@goodmhospital.co.kr

**신청서 작성 후 팩스 또는 이메일로 보내주시면 확인 후 연락 드리겠습니다.**