

요양병원 퇴원지원 표준계획서							
기본 사항	성명			성별 :	생년월일 :	년 월 일 (만 세)	
	행정 주소지 :				환자 전화번호 :		
	퇴원 후 거주지 :				보호자 전화번호:		
보건 의료 정보	입원일	년 월 일			퇴원 예정일	년 월 일	
	담당의						
	퇴원 후 관리가 필요한 부분	☐ 해당 없음 ☐ 기관지 절개관 관리 ☐ 흡인 ☐ 산소요법 ☐ 욕창간호 ☐ 암성통증간호 ☐ 도뇨관리 ☐ 장루간호 ☐ 투석간호 ☐ 당뇨발 간호 ☐ 기타 질병에 대한 유의점 ()					
	만성질환	☐ 해당 없음 ☐ 고혈압 ☐ 당뇨 ☐ 만성폐쇄성폐질환 ☐ 천식 ☐ 고지혈증 ☐ 심부전 ☐ 치매 ☐ 기타 ()					
	약제 관리	☐ 해당 없음 ☐ 완전자립 ☐ 투약도움 필요					
	- 다제 약물	☐ 해당 없음 ☐ 5개 미만 ☐ 5개 ~ 9개 ☐ 10개 ~ 14개 ☐ 15개 이상					
건강 수준 (신체 정신)	식사 하기	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 약간의 도움 ☐ 상당한 도움 ☐ 전적인 도움 ☐ 행위 발생안함 - 형태 ☐ 일반식 ☐ 잘게 썰어줌 ☐ 죽 또는 미음 ☐ 경관영양 - 삼킴 장애 ☐ 없음 ☐ 있음 [☐ 간헐적 ☐ 항상] ☐ 확인불가					
	체위 변경하기	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 약간의 도움 ☐ 상당한 도움 ☐ 전적인 도움 ☐ 행위 발생안함					
	움거 앉기	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 약간의 도움 ☐ 상당한 도움 ☐ 전적인 도움 ☐ 행위 발생안함					
	- 보행능력	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 1명 도움필요 ☐ 2명 도움필요 ☐ 걷지 못함					
	- 이동방법(실내)	☐ 도보 ☐ 지팡이 ☐ 보행기 ☐ 휠체어 ☐ 기타 ()					
	화장실 사용하기	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 약간의 도움 ☐ 상당한 도움 ☐ 전적인 도움 ☐ 행위 발생안함					
	- 방법	☐ 화장실 ☐ 이동식변기 ☐ 간이식 침상변기 ☐ 기저귀					
	인지기능	☐ 스스로 일관성 있고 합리적인 의사결정을 함 ☐ 인식기술이 다소 손상됨 ☐ 새로운 상황에서만 의사결정의 어려움이 있음 ☐ 인식기술이 심하게 손상됨					
	문제행동	☐ 없음 ☐ 망상 ☐ 환각 ☐ 초조/공격성 ☐ 우울/낙담 ☐ 불안 ☐ 수면/야간행동 ☐ 들뜬 기분/다행감 ☐ 탈억제 ☐ 과민/불안정 ☐ 배회 ☐ 무감동/무관심 ☐ 이상운동증상 또는 반복적 행동 ☐ 식욕/식습관의 변화 ☐ 케어에 대한 저항 ☐ 배회					
	사회 환경 상황	퇴원 후 거주지	☐ 환자 본인 집 ☐ 자녀/친척/지인 등의 집 ☐ 장기요양시설 ☐ 장기요양시설 외 사회복지시설 ☐ 기타 ()				
가구 형태		☐ 1인 가구 ☐ 부부가구 ☐ 자녀동거부부 ☐ 기타 ()					
퇴원 후 돌봄 제공자		☐ 환자 본인 ☐ 가족(관계:) ☐ 유급 간병인 ☐ 요양보호사 ☐ 기타(관계:)					
주거환경 개선 필요성		☐ 안전관리 [☐ 문턱 ☐ 미끄럼방지 ☐ 손잡이 ☐ 기타 ()] ☐ 이동 [☐ 계단 ☐ 문턱 ☐ 안전 바 ☐ 기타 ()] ☐ 일상생활 [☐ 화장실 ☐ 부엌 ☐ 거실 ☐ 침실 ☐ 기타 ()] ☐ 기타 () ☐ 해당없음					
		이동 수단	☐ 자가용 [☐ 자가운전 ☐ 타인운전] ☐ 대중교통 [☐ 자립이용 ☐ 도움필요] ☐ 구급차 ☐ 교통약자 이동지원 ☐ 도보 ☐ 기타 ()				
		장기요양등급	☐ 해당 없음 ☐ 신청 [☐ 신청 예정 ☐ 진행중 ☐ 완료: ____등급] ☐ 기 등급자(등급) ☐ 추후 재의뢰				
장애정도		☐ 해당 없음 ☐ 신청 필요하나 신청하지 못함 ☐ 3. 신청 중 ☐ 신청하였으나 인정 못 받음 ☐ 5. 장애정도 인정받음					
기초생활수급 및 차상위		☐ 해당 없음 ☐ 의료급여수급권자 1급 ☐ 의료급여수급권자 2급 ☐ 생계급여수급권자 ☐ 주거급여수급권자 ☐ 생활급여수급권자 ☐ 차상위 * 해당사항 모두 체크					
지역 사회 자원 연계 계획	일자리	☐ 해당 없음 ☐ 직업상담 및 알선 ☐ 직업능력개발 및 직업교육 ☐ 창업지원 ☐ 자활 및 일자리사업 ☐ 직업유지 및 자립지원 ☐ 구직관련 비용지원					
	주거	☐ 해당 없음 ☐ 주거환경개선 ☐ 거처마련 및 이주지원 ☐ 주거관련 비용지원					
	일상생활	☐ 해당 없음 ☐ 가사지원 ☐ 식사(식품)지원 ☐ 활동(이동)지원 ☐ 위생(이미용)지원 ☐ 생활용품 지원 ☐ 일상생활관련 비용지원 ☐ 복합지원					
	신체건강 및 보건의료	☐ 해당 없음 ☐ 감진 진단 및 치료 ☐ 재활치료 ☐ 질병예방 및 건강관리 ☐ 의약품, 의약외품 및 보장구 지원 ☐ 보건의료관련 비용지원					
	정신건강 및 심리정서	☐ 해당 없음 ☐ 정신건강교육 ☐ 심리검사 및 진단 ☐ 정서발달 및 치유지원 ☐ 정신, 심리상담 ☐ 정신질환자 치료 및 사회복지 지원 ☐ 정신건강관련 비용 지원					
	보호 및 돌봄, 요양	☐ 해당 없음 ☐ 장기시설보호 ☐ 단기 시설보호 ☐ 주야간 보호 ☐ 간병 및 돌봄 서비스 ☐ 장제서비스 ☐ 돌봄, 요양관련 비용지원					
	안전 및 권익보장	☐ 해당 없음 ☐ 안전 및 인권교육 ☐ 학대 및 폭력피해자 지원 ☐ 법률 및 재무상담 ☐ 법률지원관련 비용지원					
	퇴원 후 연계 필요 기관	☐ 해당 없음 ☐ 지자체(케어안내창구) ☐ 보건소 ☐ 사회복지기관(복지관 등) ☐ 중독관리센터 ☐ 치매 안심센터 ☐ 건강보험공단(건강관리사업, 노인장기요양운영센터 등) ☐ 정신건강증진센터 ☐ 건강생활지원센터 ☐ 사회복지시설(요양시설 등) ☐ 기타 ()					
	종합 평가 의견	환자지원팀 : 의사(), 간호사(), 사회복지사(), 기타1(), 기타2(), 기타3()					
작 성 일 : 년 월 일							
상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 환자지원팀의 지원 계획에 동의하십니까?							
환자(보호자) : (서명)							

요양기관명: _____ 전화: _____
 주소: _____ 팩스: _____