

1. 일반사항							
① 성명 :		☐ 남 ☐ 여		② 생년월일 :		③ 지급보증번호 :	
④ 사고일자 :		년 월 일					
⑤ 주소 :							
⑥ 상병코드 및 상병명(주/부/파생은 주상병, 부상병, 파생상병을 의미하며 상병코드는 KCD-7에 의거 작성)							
주/부/파생		상병코드		상병명		치료유무	
⑦ 주요장애 :							
⑧ 일상생활동작 수행 정도 : ☐ 수정바델지수 () 점							
☐ 기타 일상생활동작 평가 지수 - 평가명 (), 점수 () 점							
2. 재가적응훈련계획							
⑨ 예상기간		년 월 일 ~ 년 월 일 (일)				⑩ ☐ 신규 ☐ 재훈련	
■ 재가적응훈련의 목적							
교통사고 환자 및 가족(보호자)에게 다양한 신체손상으로 인한 불완전한 가정생활에 대한 실제적이고 개별적인 가정생활 적응훈련을 통하여 안전한 가정생활과 원활한 역할수행을 지원하고자 합니다. 특히 환자 자신의 안전한 독립생활을 돕고, 가족(보호자)에게도 실제 가정생활 환경에서 환자 돌봄 교육·훈련을 통해 환자에게 필요한 도움의 범위와 가정생활 활동을 이해하도록 하여 가정 내 돌봄의 미숙함과 두려움을 줄여 안전하고 원활한 가정생활 복귀를 돕고자 합니다.							
■ 재가적응훈련의 대상							
교통사고로 인하여 독립적 일상생활동작의 수행이 완벽하지 못하여 간헐적으로 타인의 도움이 필요하다고 판단되는 환자 및 가족(보호자)으로, 다만 아래의 경우는 제외됩니다. 1. 불안정한 신체징후로 인하여 의료진의 집중관리가 필요하다고 판단되는 경우 2. 전염성 피부질환 및 감염으로 인하여 현재 치료 중이거나 전염의 우려가 있는 경우							
■ 재가적응훈련의 기간							
재가적응훈련관 이용 기간은 최대 7일 이내에서 담당 재활의학과 전문의의 처방에 따릅니다. 본인은 재가적응훈련 계획에 대하여 담당 의사로부터 설명을 들었으며, 대상자로 선정되는 경우 재가적응훈련을 받는 것에 동의합니다.							
		년 월 일					
환자와의 관계 :		환자 :		(서명)			
		참여 가족(보호자/법정대리인) :		(서명)			
* 환자 이외 재가적응훈련 참여 가족(보호자/법정대리인)만 서명하게 된 사유 ☐ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 상기 내용에 대하여 이해하지 못함 ☐ 미성년자로서 상기 내용에 대하여 이해하지 못함 ☐ 기타 _____							
재가적응훈련 계획에 대하여 환자 및 가족(보호자)에게 설명하였음을 확인합니다.							
		작성일자 :		년 월 일			
		전문 과목 :					
		의사면허번호 :		성명 :		(서명)	
보험회사				귀중			