

의료기관 이송 보고서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

보고시설	산후조리원명		전화번호
	주소지		
이송현황	이송일시 예) 2020년 1월 16일 14:30		
	이송 대상자 예) 임신부 1명, 영유아 3명		
	사고유형	[] 감염병 ([] 호흡기, [] 위장 관계, [] 접촉형, [] 그 밖의 질환)	
		[] 질병	
		[] 안전사고	
	증상 예) 설사, 고열, 기침		
이송의료기관 예) 기관명		입원/외래	
진단명 예) 로타바이러스, 호흡기세포융합바이러스(RSV)		진단일	

「모자보건법」 제15조의4제5호에 따라 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

○○ 산후조리원장 (서명 또는 인)

○○○ 보건소장 귀하

유의사항
의료기관으로 이송한 경우 지체 없이 관할 보건소장에게 제출합니다.
작성방법
[증상] 설사, 고열, 기침, 청색증, 호흡 곤란 및 화재로 인한 연기흡입 등의 증상을 구체적으로 적습니다.
[진단명 및 진단일]
- 이송 보고 전 확인된 경우에는 진단명을 적습니다.
- 이송 보고 전 확인이 불가능한 경우에는 빈칸으로 남기되, 이송 보고 후 임신부나 보호자로부터 진단명 및 진단일자를 확인하여 지체 없이 관할 보건소장에게 유선으로 보고합니다.