

외래치료 지원 정기 확인보고서

※ 해당되는 []에 √표시를 하고, 근거는 구체적으로 적습니다. (앞쪽)

환자	성명	생년월일	[]급여 1종 []보험 []급여 2종 []기타 (남, 여)	
	주소	직업	연락처	
	진단명(ICD-10)			
	최근 퇴원일 년 월 일	최근 퇴원기관 명칭		
	외래치료 지원기간	년 월 일부터 년 월 일까지		
	외래치료 지원 수행 정신의료기관	명칭		
		주소		

외래치료 확인사항

환자가 조사일 전까지 외래치료 지원 결정을 준수했는지 여부	[] 외래치료 지원과 전문의의 치료계획을 모두 준수함 [] 외래치료 지원과 전문의의 치료계획을 대체로 준수함 [] 준수하지 않음(내용:)
환자의 향후 외래치료 이행 의사	[] 향후 외래치료 지속의사 있음 [] 향후 외래치료 지속의사 없음 (이유:) [] 향후 외래치료 지속의사 분명하지 않음 (이유:)
최종 확인의견	[] 입원 필요성 있음 [] 외래치료 지원 유지 필요성 있음 [] 회복되어 외래치료 지원 유지 필요성 없음

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙」 제47조의2제1항에 따라 위 환자에 대한 외래치료 지원 정기 확인보고서를 제출합니다.

	년 월 일		
조사일자	년 월 일	소속기관명	
자격명칭		조사원	(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)

(뒤쪽)

※ 해당되는 []에 √표시를 하고, 구체적 내용을 적습니다. 빈 칸이 부족한 경우 별지를 사용할 수 있습니다.

환자의 의사소통 가능 여부	☐ 정상적 의사소통 가능 ☐ 의사소통에 약간의 지장이 있음 ☐ 의사소통에 상당한 장애가 있음 ☐ 의사소통 거부(사유:) ☐ 의사소통 불능(사유:)
환자의 외래치료 이행 횟수	1. 환자의 지정 외래치료 횟수 ☐ 주 2회 ☐ 주 1회 ☐ 월 2회 ☐ 월 1회 ☐ 비정기적 ☐ 그 밖의 주기: 2. 실제 외래치료 횟수(구체적으로 적습니다)
환자의 외래치료 지원 내용	1. 치료약물 2. 치료프로그램 3. 그 밖의 사항
담당 전문의의 의 견	1. 환자의 외래치료 지원 결정 준수 여부 2. 향후 외래치료 계획 3. 외래치료 지원 유지에 대한 의견 4. 입원에 대한 의견
가족 등 보호자의 의견	1. 환자의 외래치료 지원 결정 준수 여부 2. 외래치료 지원 유지에 대한 의견 3. 입원에 대한 의견
환자의 의견	1. 외래치료에 대한 의견 2. 입원에 대한 의견 3. 외래치료 지원 결정 미준수 사유