

만성적 건강 상태

목적: 서비스 제공자가 만성적 건강 상태를 스크리닝하는 것을 지원하기 위해서

환자
이름:
생년월일:
성별:
연락처:

전반적 건강 상태와 건강정보이해능력

건강 정보 이해 능력 당신은 의사 또는 다른 전문가로부터 받은 정보, 지시 또는 글로 적힌 자료를 이해하는데 어려움이 있나요?	코드: <input type="checkbox"/>
전반적 건강 당신의 전반적인 건강에 대해서 이야기해주세요.	코드: <input type="checkbox"/>
자기 보살핌(셀프 케어) 당신 자신을 보살피고 당신의 건강을 위해 당신이 스스로 하는 것은 무엇인가요?	
주요 염려 사항 당신의 주된 건강과 웰빙 관련하여 염려가 되는 부분 또는 문제는 무엇인가요?	
변화를 만들기 당신은 당신의 건강과 웰빙을 향상시키기 위하여 변화를 만들기 위해서 무엇을 하나요?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 언급하지 않음/모름
의원 또는 보건소 진료 당신은 최근 12개월내에 의원 또는 보건소에서 진료를 본 적 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 언급하지 않음/모름 <input type="checkbox"/> 주치의가 없음
시력 검사 가장 최근에 받은 시력 검사는 언제 입니까?	
청력 당신의 청력은 어떻습니까(보청기 포함)?	코드: <input type="checkbox"/>

만성적 건강 상태

의사나 간호사가 당신이 아래와 같은 질병이 있다고 말한 적이 있습니까?

<input type="checkbox"/>	호흡 문제(천식, 숨참과 같은 호흡 상태)	<input type="checkbox"/>	당뇨
<input type="checkbox"/>	암. 만약 있다면, 몇 기입니까?	<input type="checkbox"/>	고혈압
<input type="checkbox"/>	심장 문제(심혈관질환 또는 심부전)	<input type="checkbox"/>	관절염, 골다공증 (근골격계 질환)
<input type="checkbox"/>	만성 신부전	<input type="checkbox"/>	뇌졸중, 파킨슨증후군, 다발성경화증 또는 기타 신경계 질환
다른 만성적 건강 상태 또는 의견:			

Produced by Seoul Metropolitan Northern Hospital, 2018

만성적 건강 상태

목적: 서비스 제공자가 만성적 건강 상태를 스크리닝하는 것을 지원하기 위해서

환자

이름:

생년월일:

성별:

연락처:

낙상 위험

당신은 최근 12개월내에 집 안 또는 집 주위에서 낙상을 경험한 적이 있나요?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 언급하지 않음/모름
---	---

통증 증상

지난 4주 동안, 당신이 경험한 통증은 어느 정도 였나요?	코드: <input type="checkbox"/>
----------------------------------	------------------------------

신체 활동

지난 주, 당신의 호흡을 높이기엔 충분한 만큼, 30분 또는 그 이상 신체 활동을 했었나요?	
---	--

영양 위험

<input type="checkbox"/> 전형적인 저체중 - 연약함?	<input type="checkbox"/> 잦은 호흡기 감염?
<input type="checkbox"/> 의도치 않은 체중 감소?	<input type="checkbox"/> 특별한식이 요법을 따르고 있는지?
<input type="checkbox"/> 삶의 질에 영향을 미치는 전형적인 과체중?	<input type="checkbox"/> 음식을 구입, 준비 또는 먹는데 있어 도움이 필요한지?
<input type="checkbox"/> 의도치 않은 체중 증가?	<input type="checkbox"/> 환자는 최근에 음식을 먹거나 준비하거나, 구입을 할 때 어떤 변화가 있었나요?
<input type="checkbox"/> 식욕 저하 또는 음식과 음료 섭취 감소?	<input type="checkbox"/> 환자는 적절한 식사를 하는 것에 대해 걱정을 하는가요?
<input type="checkbox"/> 구강 또는 치아 문제?	<input type="checkbox"/> 위험 식별 없음
<input type="checkbox"/> 씹거나 삼킴에 문제? (예를 들어 음식을 먹거나 그 후에 체하거나 기침을 하나요?)	

사회적 고립

당신은 얼마나 자주 주변으로부터 고립됨을 느끼나요?	
------------------------------	--

사전연명의료의향서

당신의 환자는 사전 연명 의료 계획이 있나요?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 언급하지 않음/ 모름 만약, 예라고 답했다면 어디에 보관해두었나요?
여기에 연명 의료 중단도 포함되어 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 언급하지 않음 / 모름
환자는 의료적 결정과 관련하여 의사 결정을 대신할 수 있는 대리인(위임 받은)이 있나요?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 언급하지 않음 / 모름 만약, 있다면 대리인의 이름은 무엇인가?

Produced by Seoul Metropolitan Northern Hospital, 2018

HCC Page 2 of 2

작성자: 김영운

지위/소속: 간호사/서울특별시 북부병원 공공의료팀

작성일:

연락처: 02-2036-0290

일상 생활 활동 지원 욕구

목적: 환자의 일상 생활 지원 욕구를 스크리닝하기 위해서

환자 정보

이름:

생년월일:

성별:

연락처:

환자에게 물어보아야 할 질문(또는 환자 대리인에게)

분야	스크리닝 질문	비고
가사일	어려움이 있거나 도움이 필요한가요? • 일상적인 가사일과 빨래 • 식사준비 • 식재료와 가정 용품 구입을 위해 물건 사기 • 그 외: 구체적으로 명시	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (상세히 설명하라 - 어려움을 느끼는 부분 또는 필요한 지원에 대해 목록화)
개인위생	어려움이 있거나 도움이 필요한가요? • 옷 입기 또는 옷 매무새 정돈 • 목욕 또는 샤워하기 • 그 외: 구체적으로 명시(예시: 어떻게 화장실[또는 이동식변기, 침상용 변기, 소변기를 이용하는가).	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (상세히 설명하라 - 어려움을 느끼는 부분 또는 필요한 지원에 대해 목록화)
이동	어려움이 있거나 도움이 필요한가요? • 집 안에서 걷기 또는 움직이기 • 집 주변 또는 동네를 산책하거나 외출하기 보조도구를 사용하는가? (예시: 휠체어, 지팡이, 목발 등)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (상세히 설명하라 - 어려움을 느끼는 부분 또는 필요한 지원에 대해 목록화)
교통	교통 수단을 이용하는데 어려움이 있거나 도움이 필요한가요? • 대중교통 이용 • 자동차 이용 • 그 외: 구체적으로 명시	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (상세히 설명하라 - 어려움을 느끼는 부분 또는 필요한 지원에 대해 목록화)
시력	안경을 사용했을 때 근거리 물체를 보는데 어려움이 있거나 도움이 필요한가요? 시력이 안 좋아서 일상 생활을 수행하는데 어려움이 있나요?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (상세히 설명하라 - 어려움을 느끼는 부분 또는 필요한 지원과 현재 의사소통 방식에 대해 목록화)
의사소통	말을 하고, 듣거나 혹은 이해 하는데 어려움이 있나요? 예를 들면, 의사소통을 하는데 어려움이 있음에 대한 관찰 또는 돌봄제공자(가족, 요양보호사, 방문간호사, 사회복지사, 방문의사 등)로부터의 증언	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (상세히 설명하라 - 어려움을 느끼는 부분 또는 필요한 지원에 대해 목록화)
행동	문제행동 증상이 있나요? 자신에게 또는 다른 사람들에게 위험이 되는 문제행동에 대한 관찰 또는 돌봄제공자(가족, 요양보호사, 방문간호사, 사회복지사, 방문의사 등)로부터의 증언	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (상세히 설명하라 - 어려움을 느끼는 부분 또는 필요한 지원과 알려진 계기에 대해 목록화)
인지	일상적인 의사 결정을 위한 인지 기능에 문제가 있나요? • 인지 기능의 손상(의사 결정을 하지 못함) • 기억/회상 능력의 문제, 평소 정신 기능 상태의 갑작스런 변화(안절부절, 기면상태, 각성이 어려움, 변화된 환경인식의 어려움 등), 주기적인 사고/의식의 이상(산만함, 주의를 집중하기 어려움 등)을 관찰 또는 돌봄제공자로부터의 증언	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (상세히 설명하라 - 어려움을 느끼는 부분 또는 필요한 지원에 대해 목록화)
일상생활을 위한 다른 활동	어려움이 있거나 도움이 필요한가요? • 재정관리 • 복약관리 • 그 외: 구체적으로 명시하라.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (상세히 설명하라 - 어려움을 느끼는 부분 또는 필요한 지원에 대해 목록화)

Produced by Seoul Metropolitan Northern Hospital, 2018

작성자: 김영운 간호사

지위/소속: 간호사/서울특별시 북부병원 공공의료팀

작성일:

연락처: 02-2036-0290

돌봄 관계, 가족과 사회적 네트워크

목적: 서비스 제공자가 케어 관계, 가족과 친구와 환자의 삶에 관여하는 의미 있는 사람과 같은 사회적 네트워크를 이해하는 것을 지원하기 위해서

환자
이름:
생년월일:
성별:
연락처:

돌봄 관계(돌봄을 받는 사람, 돌봄을 주는 사람)

이름	성별	생년월일 (혹은 나이)	환자와 관계	관계에 대한 고려사항 (강점과 위험 요소)	연락처	고용(학생) 상태	환자와 동거여부	응급 상황 에 대한 대처 계획? 예/아니오

가족과 사회적 지원(예시: 부모, 아동, 청소년, 사회복지사, 방문간호사, 요양보호사, 혹은 의미 있는 사람)

이름	성별	생년월일 (혹은 나이)	환자와 관계	관계에 대한 고려사항 (강점과 위험 요소)	연락처	고용(학생) 상태	환자와 동거여부	응급 상황 에 대한 대처 계획? 예/아니오