

도서발간번호

G000CHG-2021-71

심사평가정보 제출시스템(HIRA e-Form)
<https://ef.hira.or.kr>

심사평가정보 표준서식

2021년 7월판



건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

← 일러 두기

본 책자는 HIRA e-Form System을 통해 제출되는 표준서식의 세부 서식(Layout)과 각 세부 서식의 작성요령을 수록하였습니다.

건강보험심사평가원 공고 제2020-236호(2020.10.1.청구분부터 시행) 「정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항」의 별지1·별지2의 표준서식과 홈페이지 등을 통해 공개한 기타의 표준서식 및 각 서식의 작성요령을 수록하였습니다.

아울러, 평가 관련 표준서식 4종의 서식과 작성요령을 수록하였으니 업무에 참고하시기 바랍니다.

동 책자의 세부서식과 작성요령 내용은 21.7.1. 기준이며, 추후 서식 작성요령 등 변경 내용에 대해서는 HIRA e-Form System의 공지사항 등을 통한 안내 내용을 참고하여 주시기 바랍니다.

※ 세부서식(Layout)에서 음영 표시된 항목은 필수 기재 항목*입니다.

*작성요령의 필수여부 구분에서 E

2021년 7월
심사정보표준화부

제1부 정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항
(건강보험심사평가원 공고 제2020-236호)

제2부 종류별 세부서식(Layout)

I. 심사자료 제출을 위한 표준서식(제3조제2항 관련)

1. 퇴원요약자료	21
2. 진단검사결과지	23
3. 영상검사결과지	24
4. 병리검사결과지	25
5. 수술기록자료	26
6. 응급기록자료	27
7. 입원초진기록자료	30
8. 입원경과기록자료	32
9. 외래초진기록자료	33
10. 외래경과기록자료	36
11. 중환자실기록자료	37
12. 협의진료기록자료	41
13. 마취기록자료	42
14. 회복기록자료	44
15. 간호정보조사자료	45
16. 기타간호기록자료	46
17. 수술간호기록자료	47
18. 응급간호기록자료	48
19. 의사지시기록자료	49
20. 임상관찰기록자료	50
21. 투석기록자료	51

22. 전입기록자료	53
23. 전출기록자료	54
24. 시술기록자료	55
25. 투약기록자료	57
26. 신생아중환자실기록자료	58
27. 의원급 진료기록자료	61
28. 방사선치료기록자료	62

II. 표준서식 이외의 심사자료 제출 서식(제4조 관련)

1. 자율서식	65
---------	----

III. 기타자료 제출을 위한 표준서식(제3조의2 관련)

1. 입원 진료비 계산서·영수증	69
2. 의료의 질 향상을 위한 점검표	71
3. 난임시술기록지	72
4. 교육상담일지	74
5. 이학요법 실시 기록지	75
6. 정신요법 실시 기록지	76
7. 처방소견서	77
8. 진료비 세부산정내역	78

IV. 평가자료 제출을 위한 표준서식

101. 혈액투석 평가표준서식	83
102. 수혈 평가표준서식	85
103. 신생아중환자실 평가표준서식	86
104. 마취 평가표준서식	89

제3부 서식의 작성요령**I. 심사자료 제출을 위한 표준서식(제3조제2항 관련)의 작성요령**

문서공통정보	95
1. 퇴원요약자료	96
2. 진단검사결과지	101
3. 영상검사결과지	103
4. 병리검사결과지	104
5. 수술기록자료	107
6. 응급기록자료	109
7. 입원초진기록자료	114
8. 입원경과기록자료	118
9. 외래초진기록자료	120
10. 외래경과기록자료	124
11. 중환자실기록자료	126
12. 협의진료기록자료	132
13. 마취기록자료	134
14. 회복기록자료	138
15. 간호정보조사자료	140
16. 기타간호기록자료	143
17. 수술간호기록자료	144
18. 응급간호기록자료	146
19. 의사지시기록자료	148
20. 임상관찰기록자료	149
21. 투석기록자료	151
22. 전입기록자료	155
23. 전출기록자료	157
24. 시술기록자료	159

25. 투약기록자료	162
26. 신생아중환자실기록자료	164
27. 의원급 진료기록자료	170
28. 방사선치료기록자료	173
별첨. 진료과목	175

II. 표준서식 이외의 심사자료 제출 서식(제4조 관련)의 작성요령

문서공통정보	179
1. 자율서식	180

III. 기타자료 제출을 위한 표준서식(제3조의2 관련)의 작성요령

문서공통정보	183
1. 입원 진료비 계산서·영수증	184
2. 의료의 질 향상을 위한 점검표	194
3. 난임시술기록지	197
4. 교육상담일지	201
5. 이학요법 실시 기록지	202
6. 정신요법 실시 기록지	203
7. 처방소견서	204
8. 진료비 세부산정내역	205
별첨. 진료과목	208

IV. 평가자료 제출을 위한 표준서식의 작성요령

101. 혈액투석 평가표준서식	211
102. 수혈 평가표준서식	218
103. 신생아중환자실 평가표준서식	221
104. 마취 평가표준서식	226



심사평가정보 표준서식

제 1 부

정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항

건강보험심사평가원 공고 제2020-236호



건강보험심사평가원 공고 제2020 - 236호

「국민건강보험법 시행규칙」제20조제4항 및「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」(보건복지부 고시 제2019-233호, 2019.10.25.) 제5조제4항에 의한 「정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항」(건강보험심사평가원 공고 제2019-424호, 2019.12.30.)을 다음과 같이 개정·공고합니다.

2020년 9월 1일
건강보험심사평가원장

「정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항」 일부 개정

「정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항」일부를 다음과 같이 개정한다.
(이하 생략)

부 칙

1. (시행일) 이 공고는 2020년 10월 1일 청구분부터 시행한다.(이하 생략)

정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항

제정 2019.12.30. 공고 제2019-424호 (2019.12.30.시행)

개정 2020. 9. 1. 공고 제2020-236호 (2020.10. 1.시행)

제1조(목적) 이 공고는 「국민건강보험법 시행규칙」제20조제4항 및 보건복지부 고시 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」제5조제4항에서 위임하고 있는 사항에 따라 요양기관이 진료기록부 등 요양급여비용 심사에 필요한 자료(이하 “심사자료”라 한다)를 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)에 정보통신망(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호에 따른 정보통신망을 말한다. 이하 같다)으로 제출하는데 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(심사자료의 제출) ① 요양기관이 심사자료(「국민건강보험법 시행령」 별표 4의3 제2호에 따른 자료를 말한다. 이하 같다)를 정보통신망을 통하여 제출하고자 할 때에는 심사평가원에서 제공하는 인터넷 기반의 심사자료 제출 전용 시스템을 통하여 제출하여야 한다.

② 제1항에도 불구하고 심사자료 제출 전용 시스템을 사용할 수 없는 경우 요양급여비용 청구 관련 포털 시스템 등을 통하여 제출할 수 있다.

제3조(심사자료 제출을 위한 표준서식) ① 요양기관이 제2조에 따른 심사자료 제출 전용 시스템을 통하여 심사자료를 제출하고자 하는 경우 사용할 수 있는 표준서식의 종류는 별표 1과 같다.

② 제1항에서 정하고 있는 표준서식의 종류별 세부 서식(Layout)은 별지 1과 같다.

제3조의2(기타자료 제출을 위한 표준서식) 별표 1에서 정하지 않은 표준서식의 종류별 세부서식(Layout)은 심사평가원 홈페이지 등을 통해 공개한 바에 따른다.

제4조(표준서식 이외의 심사자료 제출 서식) 제3조에도 불구하고 요양기관이 심사자료 제출 전용 시스템을 통하여 제3조에서 정하고 있는 심사자료 제출을 위한 표준서식 이외의 심사자료를 제출하고자 할 때에는 별지 2의 서식(Layout)을 이용하여 제출할 수 있다.

제5조(심사자료의 제출 방식) ① 요양기관이 제3조 및 제4조에서 정하고 있는 서식에 따라 심사자료를 정보통신망으로 제출하기 위한 데이터를 생성할 때에는 별표 2에서 정하고 있는 방식을 따른다.

② 요양기관이 제2조에 따른 심사자료 제출 전용 시스템을 통하여 초음파, X-ray,

CT, MRI 등의 의료영상 데이터를 정보통신망으로 제출하고자 할 때에는 별표 3에서 정하고 있는 방식에 따라 제출할 수 있다.

제6조(서식의 작성요령) 제3조, 제3조의2 및 제4조에 따른 서식(Layout)의 작성요령은 심사평가원 홈페이지 등을 통해 공개한 바에 따른다.

부 칙 <제2019 - 424호, 2019.12.30.>

이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제2020 - 236호, 2020. 9. 1.>

1. (시행일) 이 공고는 2020년 10월 1일 청구분부터 시행한다.
2. (서식 사용에 대한 경과 조치) 이 공고의 개정에도 불구하고 2020년 12월 31일까지의 청구분은 종전 서식을 사용할 수 있다.

(별표 1) 심사자료 제출을 위한 표준서식의 종류(제3조 관련)

(별표 2) 심사자료의 전자적 제출(HIRA e-Form 시스템)을 위한 데이터 생성 및 제출 방식(제5조제1항 관련)

(별표 3) 의료영상의 전자적 제출(HIRA e-Image 시스템)을 위한 데이터 생성 및 제출 방식(제5조제2항 관련)

(별지 1) 표준서식 종류별 세부 서식(제3조제2항 관련)

(별지 2) 표준서식 이외의 심사자료 제출 서식(제4조 관련)

(별표 1)

심사자료 제출을 위한 표준서식의 종류(제3조 관련)

구분	표준서식 명칭
1	퇴원요약자료
2	진단검사결과지
3	영상검사결과지
4	병리검사결과지
5	수술기록자료
6	응급기록자료
7	입원초진기록자료
8	입원경과기록자료
9	외래초진기록자료
10	외래경과기록자료
11	중환자실기록자료
12	협의진료기록자료
13	마취기록자료
14	회복기록자료
15	간호정보조사자료
16	기타간호기록자료
17	수술간호기록자료
18	응급간호기록자료
19	의사지시기록자료
20	임상관찰기록자료
21	투석기록자료
22	전입기록자료
23	전출기록자료
24	시술기록자료
25	투약기록자료
26	신생아중환자실기록자료
27	의원급 진료기록자료
28	방사선치료기록자료

(별표 2)

심사자료의 전자적 제출(HIRA e-Form 시스템)을 위한 데이터 생성 및 제출 방식(제5조제1항 관련)

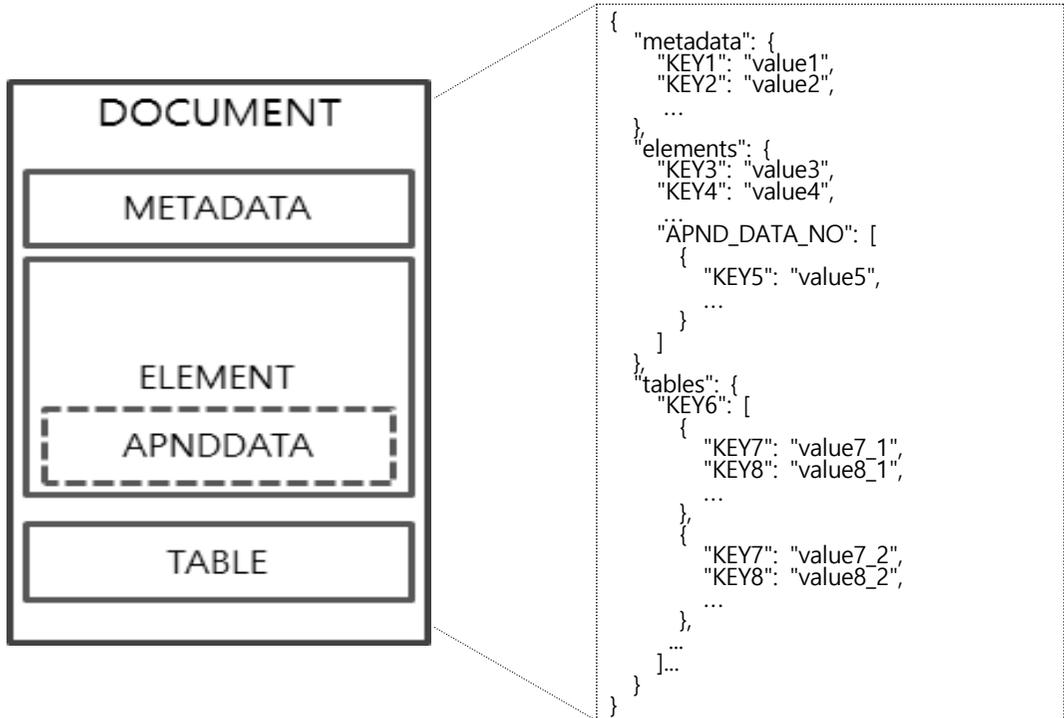
○ 데이터 생성 방식

- 심사자료의 전자적 제출을 위한 데이터는 ‘이름-값(KEY-VALUE)’ 쌍의 묶음으로 이루어진 JSON(JavaScript Object Notation) 방식으로 생성한다.

* JSON: 데이터 오브젝트를 전달하기 위해 고안된 데이터 교환 표준 포맷으로 자바스크립트의 구문 형식을 따른다.

○ 데이터 기본 구조

구분	내용	상세내용
METADATA	서식 공통정보 항목	모든 서식에 공통으로 포함되는 항목
ELEMENT	서식별 일반 항목	한 항목에 1개의 값을 가지는 항목
APNDATA	첨부파일 항목	파일을 첨부할 수 있는 서식의 경우 사용 가능한 항목
TABLE	서식별 표 항목	일정한 형식과 순서에 따라 반복되는 항목



○ 데이터 제출 방식

- 데이터의 생성 및 전송은 심사평가원에서 제공하는 전용 프로그램(HIRA e-Form Agent)를 이용한다.

* HIRA e-Form Agent: 표준서식 JSON 변환, 검증, 송·수신 등이 가능한 API 프로그램

(별표 3)

의료영상의 전자적 제출(HIRA e-Image 시스템)을 위한 데이터 생성 및 제출 방식(제5조제2항 관련)

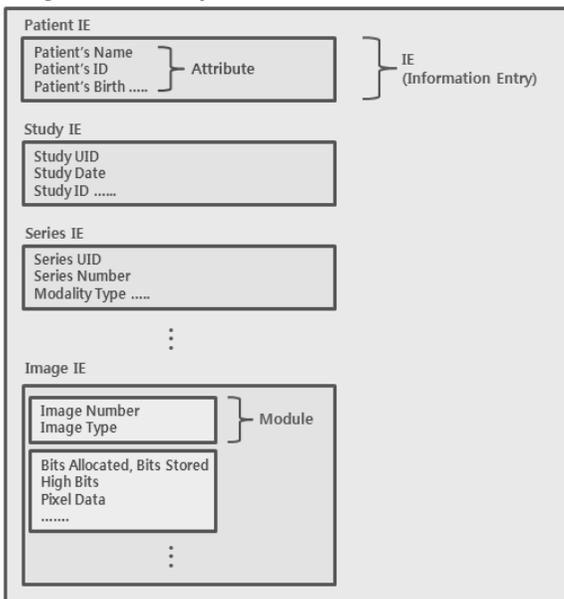
○ 의료영상 데이터 생성 방식

- 의료영상의 전자적 제출을 위한 데이터는 의료영상 국제표준인 DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) 기술에 따라 생성한다.

○ 의료영상 데이터(DICOM) 기본 구조

- DICOM은 의료영상 데이터의 내용과 형식을 표준화하기 위한 IOD(Information Object Definition)를 가지고 있으며, 기본 구조는 아래와 같다.
- DICOM 기본구조

Image IOD
(Image Information Object Definition)



속성(Attribute) 정보

- SOPInstanceUID
- StudyDate
- Modality
- StudyDescription
- PatientName
- PatientID
- PatientBirthDate
- PatientSex
- StudyInstanceUID
- SOPClassUID
- SeriesInstanceUID 등

- 요양기관이 심사자료 제출 전용 시스템을 통하여 의료영상을 제출할 때에는 DICOM의 속성 중 SOPInstanceUID, SOPClassUID, StudyInstanceUID, StudyDate, SeriesInstanceUID 속성 정보를 반드시 포함하여야 한다.

○ 의료영상 데이터의 제출 방식

- 의료영상 데이터의 전송은 심사평가원에서 제공하는 전용 프로그램(HIRA e-Image System)을 이용한다.



심사평가정보 표준서식

제2부

종류별 세부서식 (Layout)



I. 심사자료 제출을 위한 표준서식 (제3조제2항 관련)

1 퇴원요약자료

문서공통정보					
환자 등록번호		환자 성명			
환자 생년월일		환자 성별			
A. 기본 정보					
1. 입원	입원일시		2. 퇴원	퇴원일시	
	입원과			퇴원과	
	내과 세부전문과목			내과 세부전문과목	
	입원의사 성명			퇴원의사 성명	
3. 작성자 성명		4. 작성일시			
B. 이전 입원 이력					
1. 30일내 재입원 여부	○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가				
1-1. 30일내 재입원 사유					
2. 재입원 계획 여부	○(1) 계획에 있는 재입원 ○(2) 계획에 없는 재입원				
3. 직전 퇴원일	○(1) 알고 있음(퇴원일:) ○(2) 모름				
C. 입원 경과					
1. 주호소	주호소				발병시기
2. 입원사유 및 현병력					
3. 입원경과 및 치료과정					
4. 시술·처치 및 수술	시행일시	시술·처치 및 수술명		ICD-9-CM vol.3	수가코드
5. 검사소견	검사일시	검사명	검사결과일시	검사결과	수가코드
6. 최종진단	상병분류 구분	상병분류 기호	진단명	진료과	내과세부 전문과목
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병				
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병				
	입원시 상병여부				
	○(1) Y(Yes) ○(2) N(No) ○(3) U(Unknown) ○(4) W(Undetermined) ○(5) E(Excepted, 기타 예외상병)				
	○(1) Y(Yes) ○(2) N(No) ○(3) U(Unknown) ○(4) W(Undetermined) ○(5) E(Excepted, 기타 예외상병)				

7. 전과	전과 일시	의뢰			회신			전과 사유
		의뢰과	내과세부 전문과목	의사 성명	회신과	내과세부 전문과목	의사 성명	
8. 약물 이상반응	1) 약물 이상반응 여부		○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가					
	2) 약물 이상반응 내용							
9. 환자 상태 척도	측정 시기				도구	결과	참고사항	
	○(1) 입원 당시 ○(2) 입원 중 ○(3) 퇴원 시 ○(9) 기타()							
	○(1) 입원 당시 ○(2) 입원 중 ○(3) 퇴원 시 ○(9) 기타()							
10. 기타 사항	1) 감염							
	• 발생 여부		○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가					
	• 상세 내용							
	2) 합병증							
	• 발생 여부		○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가					
	• 상세 내용							
	3) 환자안전관리 특이사항							
	• 발생 여부		○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가					
	• 상세 내용							
D. 퇴원 현황								
1. 퇴원 형태	○(01) 정상퇴원 ○(02) 자의퇴원 ○(03) 탈원 ○(04) 가망없는 퇴원 ○(05) 전원 ○(06) 사망 ○(99) 기타()							
2. 퇴원 시 환자상태	○(1) 완쾌 ○(2) 호전 ○(3) 호전 안 됨 ○(4) 치료 없이 진단만 ○(9) 기타()							
3. 사망 현황	1) 사망일시							
	2) 원사인 상병분류기호							
	3) 진단명							
4. 전원 사유								
5. 퇴원 후 진료계획	○(0) 해당사항 없음 ○(1) 외래예약 ○(2) 재입원 예정 ○(9) 기타()							
E. 퇴원 처방								
연번	처방구분	약품명	약품코드	용법	1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	
1	○(0) 해당없음							
	○(1) 원내 ○(2) 원외							
2	○(0) 해당없음							
	○(1) 원내 ○(2) 원외							
F. 추가 정보								
순서	항목코드	항목명	내용			라벨명		
1								
2								

2 진단검사결과지

문서공통정보												
환자 등록번호				환자 성명								
환자 생년월일				환자 성별								
A. 기본 정보												
1. 진료과				내과 세부전문과목								
2. 처방의사 성명												
B. Text형 검사결과 ※ 판독소견이 있는 경우 Text형 검사결과에 기재 (<예시> 배양검사, 골수검사, 분자·세포유전검사 등)												
순번	처방 일시	채취 일시	접수 일시	판독 일시	검체종류	수가 코드	검사 코드	검사명	판독결과	판독의사 성명	판독의사 면허번호	
1					○(01) 혈액 ○(02) 소변 ○(03) 대변 ○(04) 체액 및 조직 ○(05) 골수 ○(99) 기타()							
2					○(01) 혈액 ○(02) 소변 ○(03) 대변 ○(04) 체액 및 조직 ○(05) 골수 ○(99) 기타()							
C. Grid형 검사결과 ※ 수치화된 검사결과인 경우 Grid형 검사결과에 기재												
순번	처방 일시	채취 일시	접수 일시	결과 일시	검체종류	수가 코드	검사 코드	검사명	검사 결과	참고치	단위	추가 정보
1					○(01) 혈액 ○(02) 소변 ○(03) 대변 ○(04) 체액 및 조직 ○(05) 골수 ○(99) 기타()							
2					○(01) 혈액 ○(02) 소변 ○(03) 대변 ○(04) 체액 및 조직 ○(05) 골수 ○(99) 기타()							
D. 기타 정보												
1. 비고												
2. 첨부												
E. 추가 정보												
순서	항목코드	항목명	내용						라벨명			
1												
2												

③ 영상검사결과지

문서공통정보				
환자 등록번호		환자 성명		
환자 생년월일		환자 성별		
A. 검사 정보 및 결과				
1. 검사 정보 및 결과				
순번				
1	진료과		내과 세부전문과목	
	처방의사 성명			
	처방일시		검사일시	
	판독일시			
	판독의사 성명		판독의사 면허번호	
	수가코드		검사코드	
	검사명			
	판독결과			
	2	진료과		내과 세부전문과목
처방의사 성명				
처방일시			검사일시	
판독일시				
판독의사 성명			판독의사 면허번호	
수가코드			검사코드	
검사명				
판독결과				
2. 비고				
3. 첨부				
B. 추가 정보				
순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1				
2				

4 병리검사결과지

문서공통정보					
환자 등록번호		환자 성명			
환자 생년월일		환자 성별			
A. 기본 정보					
1. 진료과	• 진료과목: • 내과 세부전문과목:	2. 의뢰의사 성명			
B. 검사 정보					
1. 병리번호		2. 최종 판독일시			
3. 판독의사 성명		4. 판독의사 면허번호			
C. 검사 결과					
1. 검체검사 상세					
처방일시	접수일시	수가코드	검사코드	검사명	검체부위
2. 육안소견					
3. 병리학적 진단					
4. 추가검사					
D. 신생물 ※ 해당 검체가 신생물인 경우 추가 기재					
1. 조직학적 진단명	진단명		진단코드		
2. 분화도	<input type="radio"/> (1) Well differentiated(1단계) <input type="radio"/> (2) Moderately differentiated(2단계) <input type="radio"/> (3) Poorly differentiated(3단계) <input type="radio"/> (4) Undifferentiated(4단계) <input type="radio"/> (5) 등급평가불가능				
3. 위치					
4. 크기	(단위: Ocm Omm)				
5. 침윤 깊이					
6. 침범 여부	• 혈관 <input type="radio"/> (1) Not identified <input type="radio"/> (2) PRESENT <input type="radio"/> (3) Indeterminate • 신경 <input type="radio"/> (1) Not identified <input type="radio"/> (2) PRESENT <input type="radio"/> (3) Indeterminate • 림프관 <input type="radio"/> (1) Not identified <input type="radio"/> (2) PRESENT <input type="radio"/> (3) Indeterminate				
7. 절제면 암세포존재여부	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No				
8. 림프절 전이여부	<input type="radio"/> (1) Yes(절제된 림프절 개수: /전이된 림프절 개수:) <input type="radio"/> (2) No				
9. 암병기	• Stage() • T()N()M() • 비고:				
10. 첨부					
E. 추가 정보					
순서	항목코드	항목명	내용		라벨명
1					
2					

5 수술기록자료

문서공통정보					
환자 등록번호				환자 성명	
환자 생년월일				환자 성별	
A. 기본 정보					
1. 수술 시작일시				2. 수술 종료일시	
3. 수술 의사	구분	진료과	내과 세부전문과목	성명	면허번호
	○(1) 집도의				
	○(2) 보조의				
	○(1) 집도의				
○(2) 보조의					
4. 작성자 성명				5. 작성일시	
B. 수술 정보					
1. 응급여부	• 응급 여부 ○(1) 정규 ○(2) 응급 • 응급 사유 ()				
2. 마취	• 마취종류 () • 마취통증의학과 개입여부 ○(1) Yes ○(2) No				
3. 수술 전 진단	진단명			상병분류기호	
4. 수술 후 진단	진단명			상병분류기호	
5. 수술명					
6. 수술수가코드					
7. 수술체위					
8. 병변의 위치					
9. 수술소견					
10. 수술절차					
11. 중요(특이)사항					
C. 기타 정보					
1. 출혈량					
2. 합병증					
3. 장비사용내역					
4. 응급 조직병리검사	• 응급 조직병리검사 의뢰 여부 ○(1) Yes (응급 조직병리검사 결과:) ○(2) No				
5. 배액	• 배액 시행 여부 ○(1) Yes(배액종류상세:) ○(2) No				
6. 첨부					
D. 추가 정보					
순서	항목코드	항목명	내용		라벨명
1					
2					

⑥ 응급기록자료

문서공통정보								
환자 등록번호		환자 성명						
환자 생년월일		환자 성별						
A. 응급실 기본 정보								
1. 응급실 도착일시								
2. 응급실 퇴실일시								
3. KTAS 중증도 분류	분류일시		등급					
4. 전원	전원 여부 ○(1) Yes ○(2) No • 타병원 진료 내용:							
B. 기초 사정 정보								
1. 신장	()cm							
2. 체중	()kg							
3. 활력징후	측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	혈당	특이사항
4. 의식상태	○(1) Alert ○(2) Drowsy ○(3) Stupor ○(4) Semicoma ○(5) Coma							
5. Glasgow Coma Scale	평가일시		결과					
6. Stroke Scale	(1) NIH(National Institutes of Health) Stroke Scale							
	평가일시		결과					
(2) 기타	Scale 명칭	평가일시		결과				
C. 응급실 경과								
1. 주호소	주호소		발병시기					
2. 현병력								
3. 약물 이상반응	약물 이상반응 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가							
	• 약물 이상반응 내용:							
4. 과거력								
5. 수술력	수술명		비고					

6. 약물복용력	약물복용 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 • 약물 종류 □(1) 고혈압약제 □(2) 당뇨병용제 □(3) 항결핵약제 □(4) 고지혈증치료제 □(5) 항혈전제 □(6) 면역억제제 □(7) 항암제 □(9) 기타()						
7. 개인력	음주 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 • 음주 내용: 흡연 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 • 흡연 내용:						
8. 가족력	가족력 여부 ○(1) Yes ○(2) No • 가족력 내용:						
9. 계통문진							
10. 신체검진							
11. 신경학적 검사	평가영역		검사내용	검사결과			
	○(01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 ○(02) 뇌신경 검사 ○(03) 사지 운동기능 검사 ○(04) 사지 감각기능 검사 ○(05) 반사기능 검사 ○(06) 소뇌 및 전정기능 검사 ○(07) 보행장애 검사 ○(09) 기타						
	○(01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 ○(02) 뇌신경 검사 ○(03) 사지 운동기능 검사 ○(04) 사지 감각기능 검사 ○(05) 반사기능 검사 ○(06) 소뇌 및 전정기능 검사 ○(07) 보행장애 검사 ○(09) 기타						
12. 진료내역	진료 일시	진료과	내과 세부전문과목	진료의 성명	진료의 면허번호	작성자 성명	작성 일시
문제목록 & 평가							
치료계획							
진료 일시	진료과	내과 세부전문과목	진료의 성명	진료의 면허번호	작성자 성명	작성 일시	
문제목록 & 평가							

	치료계획			
13. 진단	확진 여부	진단명		상병분류기호
	○(1) 확진 ○(2) 의증			
	○(1) 확진 ○(2) 의증			
14. 시술·처치 및 수술	시행일시	시술·처치 및 수술명	ICD-9-CM vol.3	수가코드
15. 퇴실형태	○(01) 정상퇴원 ○(02) 자의퇴원 ○(03) (본원)입원(진료과:) ○(04) (타병원)전원() ○(05) 외래추적관찰 ○(06) 사망 사망현황 - 사망일시: - 원사인 상병분류기호: - 진단명: ○(99) 기타()			
D. 기타 정보				
1. 산과력	1) 최종 월경 시작일(LMP, Last Menstrual Period): 2) 임신주수: ()주 ()일 3) 임신출산력 • 만삭분만 ()(회) • 조기분만 ()(회) • 유산 ()(회) • 생존아 수 ()(명)			
2. 통증평가	평가일시	도구	결과	참고사항
		○(1) NRS(숫자 통증 등급) ○(9) 기타()		
		○(1) NRS(숫자 통증 등급) ○(9) 기타()		
E. 추가 정보				
순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1				
2				

7 입원초진기록자료

문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보			
1. 입원일시		2. 진료과	내과 세부전문과목
3. 담당의사 성명			
4. 작성자 성명		5. 작성일시	
B. 입원 정보			
1. 입원경로	○(1) 외래 ○(2) 응급실 ○(3) 전원 ○(9) 기타()		
2. 주소	주소		발병시기
3. 현병력			
4. 약물 이상반응	1) 약물 이상반응 여부	○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가	
	2) 약물 이상반응 내용		
5. 과거력			
6. 수술력	수술명		비고
7. 약물복용력	1) 약물복용 여부	○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가	
	2) 약물 종류	<input type="checkbox"/> (1) 고혈압약제 <input type="checkbox"/> (2) 당뇨병용제 <input type="checkbox"/> (3) 항결핵약제 <input type="checkbox"/> (4) 고지혈증치료제 <input type="checkbox"/> (5) 항혈전제 <input type="checkbox"/> (6) 면역억제제 <input type="checkbox"/> (7) 항암제 <input type="checkbox"/> (9) 기타()	
8. 개인력	1) 음주		
	• 음주 여부	○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가	
	• 음주 내용		
	2) 흡연		
	• 흡연 여부	○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가	
	• 흡연 내용		
9. 가족력	1) 가족력 여부	○(1) Yes ○(2) No	
	2) 가족력 내용		
10. 계통문진			
11. 신체검진			
12. 문제목록 및 평가			
13. 초기진단	확진 여부	진단명	상병분류기호
	○(1) 확진 ○(2) 의증		
	○(1) 확진 ○(2) 의증		

14. 치료계획															
C. 기타 정보															
1. 타병원 진료 내용															
2. 신장			()cm			3. 체중			()kg						
4. 의식상태															
○(1) Alert ○(2) Drowsy ○(3) Stupor ○(4) Semicoma ○(5) Coma															
5. 활력징후 등															
측정일시		혈압		맥박		호흡		체온		산소포화도		혈당		특이사항	
6. 통증 평가															
도구				결과				참고사항							
○(1) NRS(숫자 통증 등급)															
○(9) 기타()															
7. 환자 상태 척도															
도구				결과				참고사항							
8. 신경학적 검사															
평가영역						검사내용		검사결과							
○(01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가															
○(02) 뇌신경 검사															
○(03) 사지 운동기능 검사															
○(04) 사지 감각기능 검사															
○(05) 반사기능 검사															
○(06) 소뇌 및 전정기능 검사															
○(07) 보행장애 검사															
○(09) 기타															
○(01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가															
○(02) 뇌신경 검사															
○(03) 사지 운동기능 검사															
○(04) 사지 감각기능 검사															
○(05) 반사기능 검사															
○(06) 소뇌 및 전정기능 검사															
○(07) 보행장애 검사															
○(09) 기타															
9. 산과력															
1) 폐경 여부				○(0) 해당없음 ○(1) Yes ○(2) No ○(9) 기타()											
2) 최종 월경 시작일(LMP)															
3) 임신 여부				○(0) 해당없음 ○(1) Yes ○(2) No ○(9) 기타()											
• 임신 주수				()주 ()일											
• 분만 예정일(EDC)															
4) 임신출산력		만삭분만		조기분만		유산		생존아 수		참고사항					
()회		()회		()회		()회		()명							
D. 추가 정보															
순서		항목코드		항목명		내용				라벨명					
1															
2															

⑧ 입원경과기록자료

문서공통정보						
환자 등록번호		환자 성명				
환자 생년월일		환자 성별				
A. 기본 정보						
1. 최초 입원일시						
B. 진단 및 처치						
1. 진단	상병분류구분	진단명		상병분류기호		
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병					
2. 시술·처치 및 수술	시행일시	시술·처치 및 수술명	ICD-9-CM vol.3	수카코드		
3. 약물 이상반응	약물 이상반응 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 약물 이상반응 내용:					
C. 입원 경과						
진료일자	진료과	담당의사 성명	신체정보		작성자 성명	작성일시
			신장	체중		
	<ul style="list-style-type: none"> 진료과목: 내과 세부 전문과목: 					
주관적 정보(Subjective)&객관적 정보(Objective)&평가(Assessment)						
치료계획(Plan)						
진료일자	진료과	담당의사 성명	신체정보		작성자 성명	작성일시
			신장	체중		
	<ul style="list-style-type: none"> 진료과목: 내과 세부 전문과목: 					
주관적 정보(Subjective)&객관적 정보(Objective)&평가(Assessment)						
치료계획(Plan)						
D. 추가 정보						
순서	항목코드	항목명	내용		라벨명	
1						
2						

9 외래초진기록자료

문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보			
1. 진료일		2. 진료과	내과 세부전문과목
3. 담당의사 성명			
4. 작성자 성명		5. 작성일시	
B. 외래 정보			
1. 주소	주소		발병시기
2. 현병력			
3. 약물 이상반응	1) 약물 이상반응 여부	○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가	
	2) 약물 이상반응 내용		
4. 과거력			
5. 수술력	수술명		비고
6. 약물복용력	1) 약물복용 여부	○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가	
	2) 약물 종류	<input type="checkbox"/> (1) 고혈압약제 <input type="checkbox"/> (2) 당뇨병용제 <input type="checkbox"/> (3) 항결핵약제 <input type="checkbox"/> (4) 고지혈증치료제 <input type="checkbox"/> (5) 항혈전제 <input type="checkbox"/> (6) 면역억제제 <input type="checkbox"/> (7) 항암제 <input type="checkbox"/> (9) 기타()	
7. 개인력	1) 음주		
	• 음주 여부	○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가	
	• 음주 내용		
	2) 흡연		
	• 흡연 여부	○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가	
• 흡연 내용			
8. 가족력	1) 가족력 여부	○(1) Yes ○(2) No	
	2) 가족력 내용		
9. 계통문진			
10. 신체검진			
11. 문제목록 및 평가			

12. 초기진단	확진 여부		진단명		상병분류기호			
	○(1) 확진 ○(2) 의증							
	○(1) 확진 ○(2) 의증							
13. 치료계획								
C. 기타 정보								
1. 타병원 진료 내용	진료일			진료 내용				
2. 신장	()cm		3. 체중	()kg				
4. 활력징후 등	측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	혈당	특이사항
5. 통증 평가	도구		결과		참고사항			
	○(1) NRS(숫자 통증 등급) ○(9) 기타()							
6. 환자 상태 척도	도구		결과		참고사항			
7. 신경학적 검사	평가영역			검사내용		검사결과		
	○(01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 ○(02) 뇌신경 검사 ○(03) 사지 운동기능 검사 ○(04) 사지 감각기능 검사 ○(05) 반사기능 검사 ○(06) 소뇌 및 전정기능 검사 ○(07) 보행장애 검사 ○(99) 기타							
	○(01) 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 ○(02) 뇌신경 검사 ○(03) 사지 운동기능 검사 ○(04) 사지 감각기능 검사 ○(05) 반사기능 검사 ○(06) 소뇌 및 전정기능 검사 ○(07) 보행장애 검사 ○(99) 기타							

8. 신생물	암병기 설정일	종양 종류		임상 암병기			
				암병기Stage	TNM 분류		
		○(1) 원발성 ○(2) 재발성 ○(9) 기타()			T()N()M()		
		○(1) 원발성 ○(2) 재발성 ○(9) 기타()			T()N()M()		
9. 산과력	1) 폐경 여부		○(0)해당없음 ○(1)Yes ○(2)No ○(9)기타()				
	2) 최종 월경 시작일(LMP)						
	3) 임신 여부		○(0)해당없음 ○(1)Yes ○(2)No ○(9)기타()				
	• 임신 주수		()주 ()일				
	• 분만 예정일(EDC)						
	4) 임신 출산력	만삭분만 ()회	조기분만 ()회	유산 ()회	생존아 수 ()명	참고사항	
D. 추가 정보							
순서	항목코드	항목명	내용			라벨명	
1							
2							

10 외래경과기록자료

문서공통정보				
환자 등록번호		환자 성명		
환자 생년월일		환자 성별		
A. 기본 정보				
1. 진료일시				
2. 진료과		내과 세부전문과목		
3. 담당의사 성명				
4. 작성자 성명		5. 작성일시		
B. 외래 경과				
1. 주관적정보(Subjective)& 객관적정보(Objective)& 평가(Assessment)				
2. 치료계획(Plan)				
3. 진단	상병분류구분	진단명	상병분류기호	
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병			
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병			
4. 시술·처치 및 수술	시행일시	시술·처치 및 수술명	ICD-9-CM vol.3	수가코드
5. 약물 이상반응	약물 이상반응 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 •약물 이상반응 내용:			
C. 기타 정보				
1. 신장	()cm			
2. 체중	()kg			
3. 첨부				
D. 추가 정보				
순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1				
2				

11 중환자실기록자료

문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보			
1. 최초 입실일시			
2. 진단	상병분류구분	진단명	상병분류기호
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병		
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병		
B. 중환자실 입·퇴실 정보			
1. 담당의사 성명		2. 진료과	내과 세부전문과목
3. 작성자 성명			
4. 입실	1) 입실 일시		
	2) 입실 경로	○(1) 수술실 ○(2) 응급실 ○(3) 외래 ○(4) 분만실 ○(5) 타병동에서 전실 ○(9) 기타()	
	3) 입실 사유	□(1) 상태 악화되어 집중관찰 □(2) 특수한 치료 또는 관리가 필요한 경우 □(3) 수술이나 시술 후 집중관찰 □(4) 의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실(사유:) □(9) 기타()	
5. 퇴실	1) 퇴실 상태	○(01) 퇴원 ○(02) 전실(병동) ○(03) 전실(ICU) ○(04) 전실(신생아실) ○(05) 전원 ○(06) 사망 ○(07) 뇌사판정(이식) ○(08) 계속 입원 ○(09) 기타()	
	2) 사망 현황	사망일시	
		원사인 상병분류기호	
	진단명		
3) 퇴실 일시			
1. 담당의사 성명		2. 진료과	내과 세부전문과목
3. 작성자 성명			
4. 입실	1) 입실 일시		
	2) 입실 경로	○(1) 수술실 ○(2) 응급실 ○(3) 외래 ○(4) 분만실 ○(5) 타병동에서 전실 ○(9) 기타()	
	3) 입실 사유	□(1) 상태 악화되어 집중관찰 □(2) 특수한 치료 또는 관리가 필요한 경우 □(3) 수술이나 시술 후 집중관찰 □(4) 의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실(사유:) □(9) 기타()	

5. 퇴실	1) 퇴실 상태	○(01) 퇴원 ○(02) 전실(병동) ○(03) 전실(ICU) ○(04) 전실(신생아실) ○(05) 전원 ○(06) 사망 ○(07) 뇌사판정(이식) ○(08) 계속 입원 ○(09) 기타()								
	2) 사망 현황	사망일시								
		원사인 상병분류기호								
		진단명								
3) 퇴실 일시										
C. 중환자실 관찰 기록										
1. 활력징후 및 신체계측	측정일시	신장	체중	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	혈당	특이사항
2. 의식 상태	측정일시	의식 상태								
		○(1)Alert ○(2)Drowsy ○(3)Stupor ○(4)Semicoma ○(5)Coma								
		○(1)Alert ○(2)Drowsy ○(3)Stupor ○(4)Semicoma ○(5)Coma								
3. Glasgow Coma Scale	측정일시	눈뜨기 기능			언어 기능			운동 기능		
		○1점 ○2점 ○3점 ○4점 ONT			○1점 ○2점 ○3점 ○4점 ○5점 ONT			○1점 ○2점 ○3점 ○4점 ○5점 ○6점 ONT		
		○1점 ○2점 ○3점 ○4점 ONT			○1점 ○2점 ○3점 ○4점 ○5점 ONT			○1점 ○2점 ○3점 ○4점 ○5점 ○6점 ONT		
4. 동공 반사	측정일시	우안			좌안					
5. Motor Grade	측정일시	Motor Grade								
6. 기타 관찰기록	측정일시	항목명	관찰내용						특이사항	
7. 섭취량 & 배설량	측정 시작일시	측정 종료일시	섭취량			배설량			특이사항	
			총량	정맥	기타	총량	배뇨	기타		
8. 간호기록	기록일시	간호기록						간호사 성명		

D. 기타 정보				
1. 인공호흡기	1) 적용 여부 ○(1) Yes ○(2) No			
	2) 적용 기간			
	시작일시	종료일시	유형	참고사항
2. 산소요법	1) 적용 여부 ○(1) Yes ○(2) No			
	2) 적용 기간			
	시작일시	종료일시	유형	참고사항
3. 삽입관	1) 적용 여부 ○(1) Yes ○(2) No			
	2) 적용 기간			
	종류	삽입일시	제거일시	부위
4. 배액관	1) 적용 여부 ○(1) Yes ○(2) No			
	2) 적용 기간			
	종류	삽입일시	제거일시	부위
5. 특수 처치	특수 처치		시작일시	종료일시
	○(00) 해당없음 ○(01) ECMO ○(02) 신대체요법 ○(99) 기타()			
	○(00) 해당없음 ○(01) ECMO ○(02) 신대체요법 ○(99) 기타()			
6. Continuous Monitor	모니터링 종류		시작일시	종료일시
	○(00) 해당없음 ○(01) ABP Monitor ○(02) EKG Monitor ○(03) O ₂ Saturation Monitor ○(04) Continuous EEG Monitor ○(99) 기타()			
	○(00) 해당없음 ○(01) ABP Monitor ○(02) EKG Monitor ○(03) O ₂ Saturation Monitor ○(04) Continuous EEG Monitor ○(99) 기타()			

7. 영양	시행일자	종류		
		<input type="checkbox"/> (01) 금식 <input type="checkbox"/> (02) 경구 영양 <input type="checkbox"/> (03) 경장 영양 <input type="checkbox"/> (04) 총정맥영양(TPN) <input type="checkbox"/> (99) 기타()		
		<input type="checkbox"/> (01) 금식 <input type="checkbox"/> (02) 경구 영양 <input type="checkbox"/> (03) 경장 영양 <input type="checkbox"/> (04) 총정맥영양(TPN) <input type="checkbox"/> (99) 기타()		
8. 중증도 분류	중증도 점수 여부 <input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No			
	○(1) APACHE II (점수:)			
	○(2) APACHE III (점수:)			
	○(3) SAPS2 (점수:)			
	○(4) SAPS3 (점수:)			
○(9) 기타 ()				
9. 첨부				
E. 추가 정보				
순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1				
2				

12 협의진료기록자료

문서공통정보				
환자 등록번호		환자 성명		
환자 생년월일		환자 성별		
A. 의뢰				
1. 의뢰일시				
2. 진단	상병분류구분	진단명	상병분류기호	
	○(1) 주상병			
	○(2) 부상병			
	○(3) 배제 상병			
	○(1) 주상병			
	○(2) 부상병			
	○(3) 배제 상병			
3. 의뢰내용				
4. 의뢰과	• 진료과목:			
	• 내과 세부전문과목:			
5. 의뢰의사 성명				
6. 의뢰의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			
B. 회신				
1. 회신일시				
2. 진단	상병분류구분	진단명	상병분류기호	
	○(1) 주상병			
	○(2) 부상병			
	○(3) 배제 상병			
	○(1) 주상병			
	○(2) 부상병			
	○(3) 배제 상병			
3. 회신내용				
4. 회신과	• 진료과목:			
	• 내과 세부전문과목:			
5. 회신의사 성명				
6. 회신의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			
C. 추가 정보				
순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1				
2				

13 마취기록자료

문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보			
1. 마취 시작일시		2. 마취 종료일시	
3. 수술 시작일시		4. 수술 종료일시	
5. 마취통증의학과 전문의	성명		면허번호
6. 작성자 성명		7. 작성일시	
B. 마취 전 정보			
1. 수술	수술명	수가코드	ICD-9-CM vol.3
2. 진단	진단명		상병분류기호
3. 마취형태	○(1) 정규 ○(2) 응급		
4. ASA점수	○(1) 정상(Class 1) ○(2) 경증질환/정상활동 가능(Class 2) ○(3) 중증질환/활동제한(Class 3) ○(4) 생명위협 중증질환(Class 4) ○(5) 수술하지 않으면 사망예상(Class 5) ○(6) 이식수술(Class 6) ○(7) 기록없음 ○(8) 응급		
5. 신체정보	• 신장: ()cm • 체중: ()kg		
C. 마취 중 정보			
1. 마취방법	<input type="checkbox"/> (01) 정맥내 전신마취 <input type="checkbox"/> (02) 정맥마취_부위(국소)마취 <input type="checkbox"/> (03) 정맥마취_감시하전신마취 <input type="checkbox"/> (04) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 <input type="checkbox"/> (05) 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취 <input type="checkbox"/> (06) 척수마취 <input type="checkbox"/> (07) 경막외마취 <input type="checkbox"/> (08) 상박신경총마취 <input type="checkbox"/> (09) 척추경막외마취 <input type="checkbox"/> (99) 기타 ()		

2. 마취 중 감시	1) 마취 중 감시여부 ○(1) Yes ○(2) No •종류 <input type="checkbox"/> (01) 중심정맥압감시 <input type="checkbox"/> (02) 침습적동맥압감시 <input type="checkbox"/> (03) 말초산소포화도감시 <input type="checkbox"/> (04) 파형변이지수감시 <input type="checkbox"/> (05) 순환기능감시 <input type="checkbox"/> (06) 신경생리추적감시 <input type="checkbox"/> (07) 신경근감시 <input type="checkbox"/> (08) 대뇌산소포화도감시 <input type="checkbox"/> (09) 기타 ()							
3. 활력징후	측정일시	혈압	맥박	호흡	체온			
4. 마취 중 감시 측정	측정일시	산소포화도	대뇌산소포화도	TOF	BIS	CO	CVP	특이사항
				○(1)ratio() ○(2)count()				
				○(1)ratio() ○(2)count()				
5. 마취 중 투약	분류	투약일시	종료일시	약품명	약품코드	1회투약량	단위	
	○(1) 흡입마취제 ○(2) 정맥마취제 ○(3) 신경근차단제 ○(4) 국소마취제 ○(5) 근이완역전제 ○(9) 기타							
	○(1) 흡입마취제 ○(2) 정맥마취제 ○(3) 신경근차단제 ○(4) 국소마취제 ○(5) 근이완역전제 ○(9) 기타							
6. 섭취량&배설량	섭취량			배설량				
	총량	수액	혈액종류	수혈량	총량	배뇨	실혈	기타
7. 마취관련기록	발생일시	내용						
D. 기타 정보								
1. PCA								
2. 첨부								
E. 추가정보								
순서	항목코드	항목명	내용				라벨명	
1								
2								

14 회복기록자료

문서공통정보							
환자 등록번호				환자 성명			
환자 생년월일				환자 성별			
A. 기본 정보							
1. 회복실 도착일시				2. 회복실 퇴실일시			
3. 퇴실 결정의사 성명							
4. 작성자 성명				5. 작성일시			
B. 세부 정보							
1. 활력징후	측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	특이사항
2. 약제투여	약품코드		약품명		1회 투약량		단위
3. 평가	1) 통증평가 실시여부 ○(1) Yes ○(2) No			2) 오심구토 평가 실시여부 ○(1) Yes ○(2) No			
	평가일시	통증평가도구	결과	평가일시	결과		
		○(1) NRS ○(2) VAS ○(3) FPRS ○(4) FLACC ○(9) 기타()					
		○(1) NRS ○(2) VAS ○(3) FPRS ○(4) FLACC ○(9) 기타()					
4. PCA							
C. Post-Anesthetic Recovery Score							
1. 측정일시	2. 마취회복점수						
	활동성	호흡	순환	의식	피부색	합계	
D. 회복 중 특이사항							
1. 특이사항	발생일시	내용					
E. 추가 정보							
순서	항목코드	항목명	내용			라벨명	
1							
2							

15 간호정보조사자료

문서공통정보						
환자 등록번호		환자 성명				
환자 생년월일		환자 성별				
A. 기본 정보						
1. 입원일시						
2. 진료과		내과 세부전문과목				
3. 작성자 성명		4. 작성일시				
5. 입원경로	○(1) 외래 ○(2) 응급실 ○(3) 전원 ○(9) 기타()					
6. 환자구분	○(1) 일반(신생아 제외) ○(2) 신생아					
7. 정보제공자	성명	환자와의 관계		전화번호		
B. 일반 정보						
1. 입원동기						
2. 과거력						
3. 수술력						
4. 최근 투약상태						
5. 알레르기	1) 알레르기 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 • 알레르기 내용:					
6. 가족력	• 가족력 내용:					
7. 개인력	1) 음주 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 • 음주 내용:					
	2) 흡연 여부 ○(1) Yes ○(2) No ○(3) 확인불가 • 흡연 내용:					
8. 신장	()cm					
9. 입원 시 체중	()kg					
10. 신체검진						
11. 임신부 추가정보	임신전 체중	()kg				
	최종 월경 시작일					
	임신주수	()주()일				
	임신출산력	만삭분만	조기분만	유산	생존아 수	참고사항
C. 신생아 정보						
1. 출생일시						
2. 재태기간	()주 ()일					
3. 분만형태						
4. Apgar Score	1분() 5분()					
5. 분만관련 특이사항						
6. 활력징후 및 신체계측	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	출생시 체중
						입실시 체중
7. 신체검진						
D. 추가 정보						
순서	항목코드	항목명	내용			라벨명
1						
2						

16 기타간호기록자료

문서공통정보				
환자 등록번호		환자 성명		
환자 생년월일		환자 성별		
A. 기본 정보				
1. 진료과		내과 세부전문과목		
B. 간호사정 및 평가				
1. 간호사정 및 평가	평가일시	도구	결과	
2. 첨부				
C. 간호기록				
기록일시	간호기록		간호사 성명	
D. 추가 정보				
순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1				
2				

17 수술간호기록자료

문서공통정보					
환자 등록번호		환자 성명			
환자 생년월일		환자 성별			
A. 기본 정보					
1. 수술실 입실일시		2. 수술실 퇴실일시			
3. 수술 시작일시		4. 수술 종료일시			
5. 소독 간호사 성명		6. 순회 간호사 성명			
7. 작성일시					
B. 수술 전 확인					
Time out	○(1) Yes ○(2) No				
C. 수술 정보					
1. 수술부위					
2. 수술 전 진단	진단명		상병분류기호		
3. 수술 후 진단	진단명		상병분류기호		
4. 수술명	수술명		수가코드		
D. 수술 세부 정보					
1. 삽입관	종류			참고사항	
2. 치료재료 및 고가소모품	재료코드	재료명	규격	수량	단위
3. 수술 중 사용 약물	약품코드	약품명	투여용량	단위	투여경로
4. 검체	검체종류		부위		개수
5. 사용장비명					
6. 중요(특이)사항					
E. 추가 정보					
순서	항목코드	항목명	내용		라벨명
1					
2					

18 응급간호기록자료

문서공통정보									
환자 등록번호			환자 성명						
환자 생년월일			환자 성별						
A. 기본 정보									
1. 응급실 도착일시									
2. 응급실 퇴실일시									
3. 내원경로			○(1) 직접내원 ○(2) 전원 ○(3) 외래에서 의뢰 ○(9) 기타()						
4. 내원동기 및 현상태									
B. 응급 간호기록									
1. 환자상태 척도		측정일시			도구			결과	
2. 활력징후		측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	혈당	특이사항
3. 처치 및 간호내용		기록일시			간호기록			간호사 성명	
C. 추가 정보									
순서	항목코드	항목명			내용			라벨명	
1									
2									

20 임상관찰기록자료

문서공통정보									
환자 등록번호		환자 성명							
환자 생년월일		환자 성별							
A. 기본 정보									
1. 진료일시									
2. 진료과			내과 세부전문과목						
3. 작성자 성명									
B. 임상관찰기록									
1. 활력징후	측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	혈당	특이사항	
2. 신체계측	측정일시	체중	신장	두위	흉위	복위	특이사항		
3. 섭취량 & 배설량	측정 시작일시	측정 종료일시	섭취량			배설량			특이사항
			총량	정맥	기타	총량	배뇨	기타	
4. 기타 관찰기록	측정일시	항목명	관찰내용				특이사항		
5. 첨부									
C. 추가 정보									
순서	항목코드	항목명	내용				라벨명		
1									
2									

21 투석기록자료

문서공통정보												
환자 등록번호				환자 성명								
환자 생년월일				환자 성별								
A. 기본 정보												
1. 진료과		• 진료과목:			2. 담당의사 성명							
		• 내과 세부전문과목:										
B. 환자 정보												
1. 진단		진단명							상병분류기호			
2. 투석종류		<input type="checkbox"/> (1) 혈액투석 <input type="checkbox"/> (2) 지속적인대체요법										
C. 혈액투석												
1. 혈액투석	시작 일시	종료 일시	건체중	투석전 체중	투석후 체중	혈관통로	목표수분 제거량	항응고 요법 초기	항응고 요법 유지	투석기	투석액	작성자 성명
						○(1)AVF ○(2)AVG ○(3)카테터 (내용:)						
						○(1)AVF ○(2)AVG ○(3)카테터 (내용:)						
2. 혈액 투석 상세	측정일시	혈압		맥박	호흡	체온	혈류속도		동맥압	정맥압		
		수축기	이완기									
3. 혈관협착 모니터링	협착모니터링 실시여부					○(1) Yes ○(2) No						
	측정일시		모니터링 종류					모니터링 결과				
			○(1) P/E (시진, 청진, 촉진 등) ○(2) 정적동정맥루내압비(SIAPR) ○(3) 초음파희석법 ○(4) 듀플렉스 초음파 ○(5) 혈관조영술 ○(6) 열희석법									
		○(1) P/E (시진, 청진, 촉진 등) ○(2) 정적동정맥루내압비(SIAPR) ○(3) 초음파희석법 ○(4) 듀플렉스 초음파 ○(5) 혈관조영술 ○(6) 열희석법										

D. 지속적인대체요법										
1. 시작종료일	시작일자				종료일자					
2. I&O 등	1) 기본									
	측정일자	섭취량			배설량			환자상태		
		총량	정맥	기타	총량	투석배액	배뇨			
								<input type="checkbox"/> (1) 인공호흡기 적용 <input type="checkbox"/> (2) ECMO 적용 <input type="checkbox"/> (9) 기타 ()		
								<input type="checkbox"/> (1) 인공호흡기 적용 <input type="checkbox"/> (2) ECMO 적용 <input type="checkbox"/> (9) 기타 ()		
	2) 수혈									
	측정일자		종류					수혈량		
			○(1) 전혈 ○(2) 적혈구제제 ○(3) 혈소판제제 ○(4) 신선동결혈장제제 ○(5) 동결침전제제 ○(9) 기타 ()							
			○(1) 전혈 ○(2) 적혈구제제 ○(3) 혈소판제제 ○(4) 신선동결혈장제제 ○(5) 동결침전제제 ○(9) 기타 ()							
	3) 기타배액									
측정일자		종류					배액량			
3. 활력징후 등	측정일시	혈압		맥박	호흡	체온	체중	CVP		
		수축기	이완기							
E. 간호기록										
기록일시		간호기록					간호사 성명			
F. 추가 정보										
순서	항목코드	항목명	내용				라벨명			
1										
2										

22 전입기록자료

문서공통정보				
환자 등록번호		환자 성명		
환자 생년월일		환자 성별		
A. 기본 정보				
1. 입원일시		2. 입원과		내과 세부전문과목
3. 전과일		4. 전입과		내과 세부전문과목
		5. 전출과		내과 세부전문과목
6. 담당의사 성명				
7. 담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			
8. 작성자 성명		9. 작성일시		
B. 전입기록				
1. 환자 상태				
1) 현병력				
2) 신체검진				
3) 문제목록				
2. 진단	상병분류구분	진단명	상병분류기호	
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병			
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병			
3. 치료계획				
C. 추가 정보				
순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1				
2				

23 전출기록자료

문서공통정보				
환자 등록번호		환자 성명		
환자 생년월일		환자 성별		
A. 기본 정보				
1. 입원일시		2. 입원과		내과 세부전문과목
3. 전과일		4. 전출과		내과 세부전문과목
		5. 전입과		내과 세부전문과목
6. 담당의사 성명				
7. 담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사			
8. 작성자 성명		9. 작성일시		
B. 전출기록				
1. 전과사유				
2. 치료경과 및 환자상태				
3. 주요 검사결과				
4. 시술·처치 및 수술	시행일시	시술·처치 및 수술명		
5. 진단	상병분류구분	진단명	상병분류기호	
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병			
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병			
C. 추가 정보				
순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1				
2				

24 시술기록자료

문서공통정보							
환자 등록번호				환자 성명			
환자 생년월일				환자 성별			
A. 기본 정보							
1. 시술 시작일시				2. 시술 종료일시			
3. 시술 의사	구분	진료과	내과 세부전문과목	성명	면허번호		
	○(1) 집도의						
	○(2) 보조의						
	○(1) 집도의						
○(2) 보조의							
4. 작성자 성명				5. 작성일시			
B. 시술 정보							
1. 시술명							
2. 시술수가코드							
3. 시술 전 진단	진단명			상병분류기호			
4. 시술 후 진단	진단명			상병분류기호			
5. 마취	• 마취종류 () • 마취통증의학과 개입여부 ○(1) Yes ○(2) No						
6. 시술절차							
7. 중요(특이)사항							
8. 출혈량							
9. 합병증							
10. 응급조직 병리검사							
C. 기타 정보							
1. 활력징후	측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	특이사항

2. 시술 중 투약 (마취제 포함)	투약일시	약품코드	약품명	1회 투약량	단위
3. 치료재료	재료코드	재료명	규격	수량	단위
4. 수혈	혈액종류			수혈량	
5. 신체정보	• 신장: ()cm • 체중: ()kg				
6. 첨부					
D. 추가 정보					
순서	항목코드	항목명	내용		라벨명
1					
2					

25 투약기록자료

문서공통정보												
환자 등록번호				환자 성명								
환자 생년월일				환자 성별								
A. 기본 정보												
1. 처방당시 몸무게		()kg										
2. 몸무게별 처방단위												
3. 체표면적(BSA)		()mg/m ²										
4. 진료형태		○(1) 입원 ○(2) 외래										
B. 투약 정보												
처방일자	처방분류	약품코드	약품명	투여경로	1회 투약량/단위	1일 투여횟수	총투약일수	투여여부	실시일시	처방진료과	비고	
	○(1) 원내 ○(2) 지참약 ○(3) D/C ○(4) 퇴원약 ○(5) 원외							○(0) 해당사항없음 ○(1) 정상투여 ○(2) 미시행 (사유:)		• 진료과목: • 내과 세부 전문과목:		
	○(1) 원내 ○(2) 지참약 ○(3) D/C ○(4) 퇴원약 ○(5) 원외							○(0) 해당사항없음 ○(1) 정상투여 ○(2) 미시행 (사유:)		• 진료과목: • 내과 세부 전문과목:		
	○(1) 원내 ○(2) 지참약 ○(3) D/C ○(4) 퇴원약 ○(5) 원외							○(0) 해당사항없음 ○(1) 정상투여 ○(2) 미시행 (사유:)		• 진료과목: • 내과 세부 전문과목:		
C. 항암화학요법												
1. 항암치료 여부		○(1) Yes ○(2) No										
2. 암종 및 병기												
3. 투여요법		○(01) 선행화학요법 ○(02) 수술 후 보조요법 ○(03) 고식적요법 ○(04) 항암화학방사선요법 ○(99) 기타()										
4. 항암화학요법명												
5. 투여단계												
6. 투여주기												
7. ECOG PS												
8. 비고												
D. 추가 정보												
순서	항목코드	항목명	내용						라벨명			
1												
2												

26 신생아중환자실기록자료

문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별	
A. 신생아중환자실 정보			
1. 신생아 출생정보	1) 출생일 확인 여부	○(1) Yes ○(2) No	
	2) 출생일시		
	3) 출생장소	○(1) 본원 ○(2) 타기관 ○(9) 기타()	
	4) 분만형태	○(1) 자연분만 ○(2) 제왕절개 ○(9) 기타()	
	5) 재태기간	()주 ()일	
	6) 다태아 여부	○(1) Yes ()명 중 ()번째 아기 ○(2) No	
	7) Apgar Score	○(1) Yes 1분()점, 5분()점 ○(2) No	
	8) 출생 시 체중	()g	
2. 최초 입실일시			
3. 진단	상병분류구분	진단명	상병분류기호
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병		
	○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병		
B. 신생아중환자실 입·퇴실 정보			
1. 담당의사 성명		2. 작성자 성명	
3. 입실	1) 입실 일시		
	2) 입실 경로	○(1) 수술실 ○(2) 응급실 ○(3) 외래 ○(4) 분만실 ○(5) 타병동에서 전실 ○(9) 기타()	
	3) 입실 사유	<input type="checkbox"/> (1) 미숙아 집중관찰 <input type="checkbox"/> (2) 저체중 출생아 집중관찰 <input type="checkbox"/> (3) 재태기간이나 출생체중과 관계없이 환아의 상태가 위중한 경우 <input type="checkbox"/> (4) 특별한 처치 또는 관리가 필요한 경우 <input type="checkbox"/> (5) 의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실 (사유:) <input type="checkbox"/> (9) 기타 ()	
	4) 입실 시 체중	()g	
4. 퇴실	1) 퇴실 상태	○(01) 퇴원 ○(02) 전실(병동) ○(03) 전실(ICU) ○(04) 전실(신생아실) ○(05) 전원 ○(06) 사망 ○(07) 뇌사판정(이식) ○(08) 계속 입원 ○(99) 기타()	
	2) 사망 현황	- 사망일시	
		- 원사인 상병분류기호	
- 진단명			
3) 퇴실 일시			

1. 담당의사 성명		2. 작성자 성명							
3. 입실	1) 입실 일시								
	2) 입실 경로	○(1) 수술실 ○(2) 응급실 ○(3) 외래 ○(4) 분만실 ○(5) 타병동에서 전실 ○(9) 기타()							
	3) 입실 사유	□(1) 미숙아 집중관찰 □(2) 저체중 출생아 집중관찰 □(3) 재태기간이나 출생체중과 관계없이 환자의 상태가 위중한 경우 □(4) 특별한 처치 또는 관리가 필요한 경우 □(5) 의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실 (사유:) □(9) 기타 ()							
	4) 입실 시 체중	()g							
4. 퇴실	1) 퇴실 상태	○(01) 퇴원 ○(02) 전실(병동) ○(03) 전실(ICU) ○(04) 전실(신생아실) ○(05) 전원 ○(06) 사망 ○(07) 뇌사판정(이식) ○(08) 계속 입원 ○(99) 기타()							
	2) 사망 현황	- 사망일시							
		- 원사인 상병분류기호							
3) 퇴실 일시	- 진단명								
C. 신생아중환자실 관찰 기록									
1. 활력징후 등	측정일시	혈압	맥박	호흡	체온	산소포화도	혈당	교정주수	특이사항
2. 신체계측	측정일시	신장	체중	두위	흉위	복위	특이사항		
3. 기타 관찰기록	측정일시	항목명	관찰내용	특이사항					
4. 간호기록	기록일시	간호기록	간호사 성명						
D. 기타 정보									
1. 인공호흡기	1) 적용 여부		○(1) Yes ○(2) No						
	2) 적용 기간								
	시작일시	종료일시	유형	참고사항					
2. 산소요법	1) 적용 여부		○(1) Yes ○(2) No						
	2) 적용 기간								
	시작일시	종료일시	유형	참고사항					

3. 삽입관 및 배액관	1) 적용 여부 ○(1) Yes ○(2) No			
	2) 종류 및 적용 기간			
	종류	삽입일시	제거일시	참고사항
	○(01) Umbilical venous catheter ○(02) Umbilical arterial catheter ○(03) Peripherally inserted central catheter ○(04) Arterial catheter ○(05) Central venous catheter ○(06) Tracheostomy ○(07) Endotracheal tube ○(99) 기타()			
	○(01) Umbilical venous catheter ○(02) Umbilical arterial catheter ○(03) Peripherally inserted central catheter ○(04) Arterial catheter ○(05) Central venous catheter ○(06) Tracheostomy ○(07) Endotracheal tube ○(99) 기타()			
4. 장루	1) 장루 유무 ○(1) Yes ○(2) No ○(9) 기타()			
	2) 시행 및 처치 내용			
	시행일	처치 내용		
		□(1) 장루처치 □(2) 교육 및 상담 □(9) 기타()		
		□(1) 장루처치 □(2) 교육 및 상담 □(9) 기타()		
5. 식이	시행일	종류		
		□(1) 모유수유 □(2) 분유수유 □(3) 혼합수유 □(4) 금식 □(9) 기타()		
		□(1) 모유수유 □(2) 분유수유 □(3) 혼합수유 □(4) 금식 □(9) 기타()		
6. 기타 처치	1) 시행여부			
	□(00) 해당없음 □(01) 광선요법 □(02) 저체온요법 □(03) 하기도 증기흡입요법 □(04) 교환수혈 □(05) 심폐소생술 □(99) 기타()			
	2) 참고사항			
7. 첨부				
E. 추가 정보				
순서	항목코드	항목명	내용	라벨명
1				
2				

27 의원급 진료기록자료

문서공통정보										
환자 등록번호				환자 성명						
환자 생년월일				환자 성별						
A. 기본 정보										
1. 진료형태		○(1) 입원 ○(2) 외래		2. 진료과		내과 세부전문과목				
1) 진료일시				3) 퇴원일시						
2) 입원일시										
3. 담당의사 성명										
4. 작성자 성명				5. 작성일시						
B. 진료 기록										
1. 주소 및 현병력		주소 및 현병력							발병시기	
2. 과거력										
3. 계통문진										
4. 신체검진										
5. 활력징후 및 신체계측		측정일시	신장	체중	혈압	맥박	호흡	체온	혈당	특이사항
6. 진단		상병분류구분		진단명					상병분류기호	
		○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병								
		○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병								
7. 치료계획										
8. 처방		처방 구분		□(0) 해당없음 □(1) 검사 □(2) 처치 □(3) 투약 □(9) 기타()						
연번	처방일시	처방명	수가코드	1일실시횟수	총실시횟수					
1										
2										
연번	처방일시	투약처방구분	약품명	약품코드	용법	1회투약량	1일투약횟수	총투약일수		
1		○(1) 원내								
2		○(2) 원외								
C. 경과기록										
1. 경과		연번	기록일시	경과 및 치료과정						
		1								
		2								
2. 첨부										
D. 추가 정보										
순서	항목코드	항목명	내용					라벨명		
1										
2										

28 방사선치료기록자료

문서공통정보												
환자 등록번호				환자 성명								
환자 생년월일				환자 성별								
A. 기본 정보												
1. 진료형태		○(1) 입원 ○(2) 외래										
2. 진료과		내과 세부전문과목										
3. 담당의사 성명												
B. 방사선 치료 정보												
1. 진단		상병분류구분		진단명			상병분류기호					
		○(1) 주상병 ○(2) 부상병 ○(3) 배제 상병										
2. 신생물		암병기 설정일	종양 종류			임상 암병기						
			○(1) 원발성 ○(2) 재발성 ○(9) 기타()		암병기 Stage	TNM분류						
		○(1) 원발성 ○(2) 재발성 ○(9) 기타()			T() N() M()							
3. 치료목적												
C. 방사선 치료 요약 기록												
1. 방사선 치료 방법												
2. 치료 내용		연번	치료시작일	치료종료일	치료부위	분할선량	총 치료횟수	총선량	작성자 성명			
		1										
		2										
3. 치료 결과												
D. 방사선 치료 기록												
1. 방사선 치료												
연번	치료 일시	치료구분			치료명	수가 코드	치료 부위	치료 횟수	일일 선량	누적 선량	작성자 성명	참고 사항
1		○(1) 방사선 모의치료 및 치료계획 ○(2) 방사선 치료										
2		○(1) 방사선 모의치료 및 치료계획 ○(2) 방사선 치료										
2. 첨부												
E. 추가 정보												
순서	항목코드	항목명		내용				라벨명				
1												
2												

Ⅱ. 표준서식 이외의 심사자료 제출 서식 (제4조 관련)

Ⅲ. 기타자료 제출을 위한 표준서식 (제3조의2 관련)

1 입원()퇴원 ()중간) 진료비 계산서 영수증

환자등록번호		환자 성명		진료기간		야간(공휴일)진료		
				. . . 부터 . . . 까지		[] 야간 [] 공휴일 [] 야간+공휴일		
진료과목		질병군(DRG)번호		병실	환자구분	영수증번호(연월-일련번호)		
항목		급여		비급여		금액산정내용		
		일부 본인부담 본인 부담금	전액 본인부담 공단 부담금	선택 진료료	선택 진료료 이외	⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)		
기본 항목	진찰료					⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤		
	입원료	1인실						
		2·3인실						
		기타 (4인실이상)						
	식대					⑨ 이미 납부한 금액		
	투약 및 조제료	행위료					⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)	
		약품비						
	주사료	행위료					⑪ 납부 한 금액	
		약품비						
	마취료						카드	
	처치 및 수술료	검사료					현금 영수증	
							현금	
	영상진단료						합계	
	방사선치료료						납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)	
	치료재료대						현금영수증()	
재활 및 물리치료료	정신요법료					신분확인번호		
						현금승인번호		
전혈 및 혈액성분제제료						환자 실지불금액		
						환자 미수금액		
선택 항목	CT 진단료					긴급의료지원금액		
	MRI 진단료					무한돌봄지원금액		
	PET 진단료					장애인지원금액		
	초음파 진단료					환우회 지원금액		
	보철·교정료					병원자체지원금액		
	기타					기타 지원금액		

〈시행령별표2제4호의 요양급여〉						감면액	
65세 이상 등 정액						* 요양(의료)기관 입의활용공간	
정액수가(요양(의료)병원)							
포괄수가진료비							
합계	①	②	③	④	⑤		
상한액 초과금	⑥	-				선택진료 신청	[] 유 [] 무
요양(의료)기관 종류	[] 병원급 [] 종합병원 [] 상급종합병원						
사업자등록번호				상호			전화번호
사업장 소재지				대표자	(인)		
년 월 일							
<p>1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양(의료)기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.(단, '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제 7조'에 의거 포괄(정액)진료비 제외)</p> <p>2. 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제11조의 3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청하실 수 있습니다.</p> <p>3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당합니다)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증비용으로 발급된 “현금영수증(지출증빙)”은 공제 신청에 사용할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지: http://현금영수증.kr)</p> <p>4. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의 2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.</p> <p>5. 「국민건강보험법 시행령」 제19조1항 [별표 2]의 4호에 해당하는 경우는 해당 규정의 본인부담률을 적용합니다.</p> <p>6. '기본항목' 중 '입원비'의 '기타'는 1~3인실 입원을 제외한 중환자실 및 특수병상 등의 비포괄 대상 입원료 관련 진료비에 해당합니다.</p> <p>주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있습니다.</p>							

② 의료의 질 향상을 위한 점검표

환자명(병록번호)		주민등록번호	
입원일		퇴원일	
주진단		기타진단	1. 2. 3.
1. 수술 전 진료의 점검 사항 (외과적 질병군에 한함)			
1.1. 수술 전 준비의 적절성			추가 코드 등
1) 수술 전 필요 검사 시행	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행	
2) 수술동의서 작성	<input type="checkbox"/> 작성	<input type="checkbox"/> 미작성	
3) 수술 전후 환자 교육 시행	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행	
4) 당일 예정 수술의 정상적 시행	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행	
2. 입원 중 진료의 점검 사항			
2.1. 입원 중에 일어난 상해			
1) 불의의 병원 내 물리적 사고(낙상 등)	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
2) 수혈사고 혹은 수혈부작용	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
3) 투약실수 혹은 약물부작용	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4) 마취사고 혹은 마취부작용	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
2.2. 중환자실 이용	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
2.3. 감염증	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
2.4. 수술에 따른 합병증 (외과적 질병군에 한함)	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> (합병증 기재)
2.5. 재수술 (외과적 질병군에 한함)	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
2.6. 사망	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
3. 퇴원 전 진료의 점검 사항			
3.1. 퇴원기록지 작성	<input type="checkbox"/> 작성	<input type="checkbox"/> 미작성	
3.2. 퇴원계획의 적절성 여부	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	
3.3. 퇴원의 유형(정상퇴원 여부)	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 이상	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3.4. 퇴원시 환자 상태의 안정성(퇴원전 24시간 이내)			
1) 혈압: SBP(<85 or >180), DBP(<50 or >110)	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
2) 체온: 체온 38.3℃ 이상(측정방법 불문)	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
3) 맥박: 50회/분이하 또는 120회/분이상 (β-blocker 투여시 45회)	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
4) 해결되지 않았고 설명이 없는 검사결과이상	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
5) 통증, 압통, 발적감, 수술부위의 문제	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
		작성일:	년 월 일
		의사:	간호사:
		작성자:	

③ 난임시술기록지

문서공통정보			
접수번호		접수년도	명일련
수진자 생년월일		수진자명	등록번호
A. 기본 정보			
1. 난임 원인	<input type="radio"/> (01) 남성요인 <input type="radio"/> (02) 배란기능장애 <input type="radio"/> (03) 난소기능저하 <input type="radio"/> (04) 난관요인 <input type="radio"/> (05) 자궁요인 <input type="radio"/> (06) 자궁내막증 <input type="radio"/> (07) 원인불명 <input type="radio"/> (08) 복합요인(*01~06 번호기재) <input type="radio"/> (09) 기타		
1) 복합요인 또는 기타요인 상세			
2. 임신시도 기간	<input type="radio"/> (1) 1년 미만 <input type="radio"/> (2) 1년 이상~2년 미만 <input type="radio"/> (3) 2년 이상~3년 미만 <input type="radio"/> (4) 3년 이상		
3. 산과과거력	1) 임신 횟수(회) 2) 유산 횟수(회) 3) 출산 횟수(회)		
4. 이전 난임시술 시행 횟수 (※타병원 시술 포함)	1) 인공수정시술(회) 2) 신선배아이식(회) 3) 동결배아이식 (회)		
5. 난임진단을 위한 검사실시 (※타병원 검사 포함)	1) 정액검사 <input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No		
	2) 자궁 및 난관개통검사 <input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No <input type="radio"/> (3) 불필요		
6. 시술관련 상담 및 교육실시	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No		
7. 시술유형	<input type="radio"/> (1) 인공수정 <input type="radio"/> (2) 체외수정		
8. 체외수정시술유형	<input type="radio"/> (1) 신선배아이식 <input type="radio"/> (2) 동결배아이식 <input type="radio"/> (3) 신선배아+동결배아 동시이식		
B. 인공수정 시술 정보			
1. 배란 유도 방법	<input type="radio"/> (1) 자연주기 <input type="radio"/> (2) 배란유도		
2. 정자채취 방법	<input type="radio"/> (0) 안(못)함 <input type="radio"/> (1) 사정정자 <input type="radio"/> (2) 공여정자 이용 <input type="radio"/> (3) 냉동정자 이용 <input type="radio"/> (9) 기타()		
3. IUI 시행 여부	<input type="radio"/> (1) Yes [시행일: - -] <input type="radio"/> (2) No		
4. 시술결과	<input type="radio"/> (1) 정상임신[임신낭개수: 개] <input type="radio"/> (2) 자궁외 임신 <input type="radio"/> (3) 화학적 임신 <input type="radio"/> (4) 임신실패 <input type="radio"/> (9)확인불가		
5. 시술중단사유	<input type="radio"/> (01) 자연임신 <input type="radio"/> (02) OHSS <input type="radio"/> (03) 개인사정 <input type="radio"/> (04) 배란유도 실패 <input type="radio"/> (05) 의학적사유()		
C. 체외수정 시술정보			
1. 신선배아이식 시술정보			
1) 난자제공 유형 및 종류	• 난자제공유형	자가난자	공여난자
	• 난자종류	신선난자	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No <input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No
		냉동난자	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No <input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No
2) 배란유도방법	<input type="radio"/> (1) 과배란유도 <input type="radio"/> (2) 연자극 <input type="radio"/> (3) 체외성숙 <input type="radio"/> (4) 자연주기 <input type="radio"/> (9) 기타()		

3) 정자 채취 방법	<input type="radio"/> (0) 안(못)함 <input type="radio"/> (1) 사정정자 <input type="radio"/> (2) 고환조직정자흡인(TESA) <input type="radio"/> (3) 고환조직정자추출(TESE) <input type="radio"/> (4) 미세수술적 부고환정자흡인(MESA) <input type="radio"/> (5) 현미경하 미세수술적 다중고환조직정자추출(MTSE) <input type="radio"/> (6) 공여정자 이용 <input type="radio"/> (7) 냉동정자 이용		
4) 난자채취 여부	<input type="radio"/> (1) Yes [채취난자수: __개/시행일: - -] <input type="radio"/> (2) No		
5) 배아수정	<input type="radio"/> (0) 안(못)함 <input type="radio"/> (1) IVF <input type="radio"/> (2) ICSI <input type="radio"/> (3) IVF+ICSI <input type="radio"/> (9) 기타()		
2. 배아이식 정보			
1) 배아이식 여부	<input type="radio"/> (1) Yes [시행일: - -] <input type="radio"/> (2) No <input type="radio"/> (3) 배아모두 동결 [동결배아수: __개]		
2) 배아이식 현황	• 배아 유형	신선배아	동결배아
	• 발달단계별 이식배아수	난할기	()개
		포배기	()개
• 신선배아이식후 잔여배아 동결보관 수	()개	()개	
3) 시술결과	<input type="radio"/> (1) 정상임신[임신낭개수: __개] <input type="radio"/> (2) 자궁외 임신 <input type="radio"/> (3) 화학적 임신 <input type="radio"/> (4) 임신실패 <input type="radio"/> (9) 확인불가		
4) 시술중단사유	<input type="radio"/> (01) 자연임신 <input type="radio"/> (02) OHSS <input type="radio"/> (03) 개인사정 <input type="radio"/> (04) 난자채취실패 <input type="radio"/> (05) 배아생성실패 <input type="radio"/> (06) 자궁내막 불량 <input type="radio"/> (07) 의학적 사유 ()		
5) 배아모두동결 사유	<input type="radio"/> (1) 다음 시술위험(배아모아서이식) <input type="radio"/> (2) 착상전 유전검사 시행위험 <input type="radio"/> (3) OHSS <input type="radio"/> (4) 자궁내막 불량 <input type="radio"/> (5) 개인사정 <input type="radio"/> (9) 기타()		

4] 교육상담일지

문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보			
진료일시		진료과	
병동		병실	
처방일시		실시일시	
실시자 성명			
B. 교육상담 정보			
1. 교육상담 사유			
2. 교육상담 내용			
C. 추가 정보			
순번	항목명	내용	라벨명
1			
2			

5 이학요법 실시 기록지

문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보			
진료과			
병동		병실	
처방일시			
실시일시		종료일시	
실시자 성명			
B. 이학요법 정보			
1. 이학요법 종류			
2. 실시 방법 및 내용			
C. 추가 정보			
순번	항목명	내용	라벨명
1			
2			

⑥ 정신요법 실시 기록지

문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보			
진료과			
병동		병실	
처방일시			
실시일시		종료일시	
실시자 성명			
B. 정신요법 정보			
1. 정신요법 종류			
2. 실시 방법 및 내용			
C. 추가 정보			
순번	항목명	내용	라벨명
1			
2			

7 처방소견서

문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보			
진료형태	○(1) 외래 ○(2) 입원 ※ 선택진료 의사(1명)에 대해 외래·입원 진료하는 경우, 외래·입원 각각의 신청서 필요		
진료과			
담당의사 성명			
담당의사 면허종류	○(1) 의사 ○(2) 치과의사 ○(3) 한의사	담당의사 면허번호	
작성자 성명		작성일시	
B. 소견서			
실시일시	처방명	의사 소견	
- - , :			
- - , :			
- - , :			
- - , :			
- - , :			
- - , :			
- - , :			
- - , :			
C. 추가 정보			
순번	항목명	내용	라벨명
1			
2			

⑧ 진료비 세부산정내역(보건복지부 고시 제2018-21호, 별지 제1호 서식)

환자등록번호		환자성명		진료기간		병실		환자구분		비고	
				_____ ~ _____							
항목	일자	코드	명칭	금액	횟수	일수	총액	급여			비급여
								일부본인부담		전액 본인부담	
								본인 부담금	공단 부담금		
계											
끝수처리 조정금액											
합계											

- 기본정보
 - 환자등록번호, 환자성명, 진료기간, 병실, 환자구분은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서·영수증과 동일하게 기재
 - 비고: 진료비 확인신청 건의 경우 신청번호 필수기재
- 포함항목
 - 항목: 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서·영수증 항목 기준으로 기재. 다만, 요양기관에 따라 항목 추가 기재 가능
(예시) 진찰료, 입원료, 식대, 투약 및 조제료, 주사료, 처치 및 수술료 등
* 단, 선택진료인 경우 선택진료/진찰료, 선택진료/입원료, 선택진료/식대, 선택진료/투약 및 조제료, 선택진료/주사료 등으로 기재
 - 일자: 각 항목별 실시일자를 기재. 다만, 입원 진료 시 동일한 내역이 반복되는 경우 시작일자와 종료일자로 묶어서 기재 가능
 - 코드: 1. 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따른 코드(진료수가, 의약품, 치료재료 등)를 기재
2. 상기 1의 코드가 없는 경우 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」[별표1] 공개항목의 비급여코드를 우선 기재하고 해당코드가 없는 경우 요양기관 자체 코드 기재
 - 명칭: 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에서 정한대로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 급여대상 및 비급여대상의 세부항목별 코드에 해당하는 명칭 기재
 - 금액: 단가*에 종별가산 등이 포함된 금액
* (단가)
 - 진료수가는 각 항목의 상대가치점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재
 - 약제, 치료재료, 원료약 등의 경우 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가를 원

- 미단은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재
- 횡수: 1일 실시(투여)횟수 기재
 - 일수: 총 실시(투여)일수 기재
 - 총액: 금액(1회) x 실시(투여)횟수 x 실시(투여)일수를 계산 한 후 기재
 - 급여
 - 본인부담금: 요양급여비용 중 수진자 본인부담금액 기재
 - 공단부담금: 요양급여비용 중 보험자 부담금액 기재
 - 전액본인부담금: 요양급여비용 중 100분의100 본인부담금 기재
 - 비급여: 비급여 항목에 해당하는 금액을 기재
 - 계: 항목별 합산 금액 기재
 - 끝수처리 조정금액: 끝수처리로 조정되는 금액 기재
 - 합계: '계'의 금액에 끝수처리 조정금액을 반영한 최종금액 기재(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서영수증의 항목별 금액과 동일하게 기재)
- * 끝수처리는 「국민건강보험법」제107조 및「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따름

IV. 평가자료 제출을 위한 표준서식

101 혈액투석 평가표준서식

문서공통정보						
환자 등록번호		환자 성명				
환자 생년월일		환자 성별				
A. 기본 정보						
1. 내원상태	<input type="checkbox"/> 계속 외래 내원 <input type="checkbox"/> 귀 원에 입원 <input type="checkbox"/> 타 원에 입원 <input type="checkbox"/> 타 기관으로 전원 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 기타					
2. 혈액 투석시작일	• 최초시작일 : • 본원 최초시작일 :					
B. 환자 정보						
1. 만성신부전 원인상병	<input type="radio"/> (1) 당뇨병 <input type="radio"/> (2) 고혈압 <input type="radio"/> (3) 사구체신염 <input type="radio"/> (4) 모름 <input type="radio"/> (9) 기타					
2. 만성신부전 이의 동반상병	1) 심장 질환	동반상병 유무	<input type="radio"/> (1) Yes	상병분류기호		
				• 심부전	<input type="radio"/> (1) Yes	<input type="checkbox"/> (00) 해당없음 <input type="checkbox"/> (01) 좌심실 구혈율(%)
					<input type="radio"/> (2) No	<input type="checkbox"/> (02) 심홍과비(%)
				• 심방조동 및 세동	<input type="radio"/> (1) Yes	<input type="checkbox"/> (00) 해당없음 <input type="checkbox"/> (01) 약물치료 <input type="checkbox"/> (02) 인공심박기(pacemaker)
					<input type="radio"/> (2) No	
				• 허혈성 심장병	<input type="radio"/> (1) Yes	<input type="checkbox"/> (00) 해당없음 <input type="checkbox"/> (01) 관상동맥 stent <input type="checkbox"/> (02) 관상동맥우회술 <input type="checkbox"/> (03) 협심증 증상
	<input type="radio"/> (2) No					
	• 심장판막 치환 등 개심 수술 여부	<input type="radio"/> (1) Yes				
		<input type="radio"/> (2) No				
	2) 뇌혈관 질환	동반상병 유무	<input type="radio"/> (1) Yes	상병분류기호		
				• 장애발생	<input type="radio"/> (1) Yes	• 타인의 도움 필요 <input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No <input type="radio"/> (2) No
					<input type="radio"/> (2) No	
3) 간경 변증	동반상병 유무	<input type="radio"/> (1) Yes	상병분류기호			
			<input type="checkbox"/> (00) 해당없음 <input type="checkbox"/> (01) 간성혼수 <input type="checkbox"/> (02) 복수 <input type="checkbox"/> (03) Child-Pugh score (점)			
			<input type="radio"/> (2) No			
4) 출혈성 위장관 질환	동반상병 유무	<input type="radio"/> (1) Yes	상병분류기호			
			<input type="checkbox"/> (00) 해당없음 <input type="checkbox"/> (01) 수혈 <input type="checkbox"/> (02) 내시경적 시술			
			<input type="radio"/> (2) No			

	5)만성 폐질환	동반상병 유무	○(1)Yes ○(2)No	상병분류기호 • 동맥혈 산소분압 ()mmHg
	6)약성 종양	동반상병 유무	○(1)Yes ○(2)No	상병분류기호 <input type="checkbox"/> (00)해당없음 <input type="checkbox"/> (01)수술 <input type="checkbox"/> (02)항암요법 치료
	7)당뇨병	동반상병 유무	○(1)Yes ○(2)No	상병분류기호 • 지속적인 인슐린 주사 투여 ○(1)Yes ○(2)No
3. 3급 이상의 장애인	• 장애 여부	(1) Yes ○(2) No	• 장애 유형	<input type="checkbox"/> (01)지체장애 <input type="checkbox"/> (02)시각장애 <input type="checkbox"/> (03)청각장애 <input type="checkbox"/> (04)언어장애 <input type="checkbox"/> (05)안면장애 <input type="checkbox"/> (06)장루·요루장애 <input type="checkbox"/> (07)뇌전증장애 <input type="checkbox"/> (08)지적장애 <input type="checkbox"/> (09)정신장애 <input type="checkbox"/> (10)자폐성장애
C. 투석 정보				
1. 신장	() cm			
2. 혈액투석 적절도	• 혈액투석 적절도 평가여부 실시	○(1)Yes ○(2)No	<input type="checkbox"/> (01)spKt/V () <input type="checkbox"/> (02)URR ()	
3. 주사용 혈관통로	• 혈관통로 판단 여부	○(1)Yes ○(2)No	• 주사용 혈관통로	<input type="checkbox"/> (1)자가혈관 동정맥루(AVF) <input type="checkbox"/> (2)인조혈관 동정맥루(AVG) <input type="checkbox"/> (3)카테터
4. 혈관접근로 점검표 작성	○(1)Yes ○(2)No			
5. 빈혈관리	• 조절제 투여 여부	○(1)Yes ○(2)No	○(2)No	
6. 기능검사	• EKG 시행 여부	○(1)Yes ○(2)No	○(2)No	
7. 타기관검사	1) 시행 여부	○(1)Yes ○(2)No	○(2)No	
	2) 검사정보			
	검사명	수가코드	시행일자	검사결과
			___-__-__	
8. 추적관리	1) 시행 여부	○(1)Yes ○(2)No	○(2)No	
	2) 검사정보			
	검사명	수가코드	시행일자	타기관 시행 여부
			___-__-__	○(1)Yes ○(2)No
		___-__-__	○(1)Yes ○(2)No	
		___-__-__	○(1)Yes ○(2)No	

102 수혈 평가표준서식

문서공통정보						
환자 등록번호		환자 성명				
환자 생년월일		환자 성별				
A. 투약 정보						
빈혈 교정	• 빈혈진단		○(1) Yes ○(2) No			
	상병분류기호		진단명			
	상병분류기호		진단명			
	• 빈혈교정 유무		○(1) Yes ○(2) No			
	투여시작일자	투여종료일자	약품명		약품코드	
	- -	- -				
- -	- -					
B. 검사 정보						
Hemoglobin(Hb)	• 시행여부		○(1) Yes ○(2) No			
	결과일시	수가코드	검사결과			
	- - , :					
	- - , :					
C. 수술 정보						
수술	• 시행여부		○(1) Yes ○(2) No			
	시행일자	수술명			수가코드	
	- -					
	- -					
D. 수혈 정보						
수혈 (에피소드 단위로 기재)	• 시행여부		○(1) Yes ○(2) No			
	처방일시	수혈시작일시	수혈 제제명	수가 코드	수혈 단위	수혈사유
	- - , :	- - , :				
	- - , :	- - , :				

103 신생아중환자실 평가표준서식

문서공통정보					
환자 등록번호		환자 성명			
환자 생년월일		환자 성별			
A. 기본 정보					
1. 입원개시일	- -				
2. 최초 입실 경로	○(1)본원출생 ○(3)타기관 출생 후 전원	○(2)본원출생 - 퇴원 후 재입원 ○(4)타기관 출생 후 외래, 응급실 통해 입실			
B. 입실 및 퇴실 관련 항목					
1	1. 입실	1) 입실일시	- - , :		
		2) 입실 24시간이내 감시배양 시행 여부	○(1) Yes ○(2) No		
		2-1) 감시배양 부위	○(1) 비강 ○(2) 겨드랑이 ○(3) 항문 ○(9) 기타()		
		2-2) 감시배양 시행 시 격리여부	○(1) 격리실 1인 격리 ○(2) 코호트 격리 ○(3) 격리 안 함		
		2-3) 감염여부	○(1) Yes ○(2) No		
		2-4) 감시배양 시행 후 격리여부	○(1) 격리실 1인 격리 ○(2) 코호트 격리 ○(3) 격리 안 함		
		2-5) 감시배양 미시행사유	○(0) 해당없음 ○(1) 선천성 감염 ○(2) 선천성 기형		
	2. 퇴실	1) 퇴실일시	- - , :		
		2) 퇴실 시 환자상태	□(0) 해당없음 □(1) Feeding tube □(2) Tracheostomy, 인공호흡기, 산소 □(3) 장루		
		3) 퇴실 시 교육 실시 여부	3-1)경관 영양 교육시행	○(1) Yes ○(2) No	
			3-2) 인공호흡기 및 산소치료 교육시행	○(1) Yes ○(2) No	
			3-3) 장루관리 교육시행	○(1) Yes ○(2) No	
			3-4) 심폐소생술 교육시행	○(1) Yes ○(2) No	
		2	1. 입실	1) 입실일시	- - , :
2) 입실 24시간이내 감시배양 시행 여부	○(1) Yes ○(2) No				
2-1) 감시배양 부위	○(1) 비강 ○(2) 겨드랑이 ○(3) 항문 ○(9) 기타()				
2-2) 감시배양 시행 시 격리여부	○(1) 격리실 1인 격리 ○(2) 코호트 격리 ○(3) 격리 안 함				
2-3) 감염여부	○(1) Yes ○(2) No				
2-4) 감시배양 시행 후 격리여부	○(1) 격리실 1인 격리 ○(2) 코호트 격리 ○(3) 격리 안 함				
2-5) 감시배양 미시행사유	○(0) 해당없음 ○(1) 선천성 감염 ○(2) 선천성 기형				

2. 퇴실	1) 퇴실일시	- - , :		
	2) 퇴실 시 환자상태	<input type="checkbox"/> (0) 해당없음 <input type="checkbox"/> (1) Feeding tube <input type="checkbox"/> (2) Tracheostomy, 인공호흡기, 산소 <input type="checkbox"/> (3) 장루		
	3) 퇴실 시 교육 실시 여부	3-1) 경관 영양 교육시행	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No	
		3-2) 인공호흡기 및 산소치료 교육시행	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No	
3-3) 장루관리 교육시행		<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No		
3-4) 심폐소생술 교육시행		<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No		
C. 진료 관련 항목				
1. 모유수유	1) 모유수유 시행 여부	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No		
	1-1) 모유수유 미시행 사유	<input type="radio"/> (1) 의학적 금기(사유:) <input type="radio"/> (2) 산모사망, 보호자 없음 <input type="radio"/> (3) 모유 안나옴 <input type="radio"/> (9) 기타()		
2. 중증도 평가도구	1) 중증도 평가 시행 여부	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No		
	1-1) 측정일시	1-2) 중증도 평가도구 종류		
	- - , :	<input type="radio"/> (1) SNAP <input type="radio"/> (2) SNAP-PE <input type="radio"/> (3) SNAP-II <input type="radio"/> (4) SNAPPE-II <input type="radio"/> (5) NTISS <input type="radio"/> (6) CRIB-II <input type="radio"/> (7) CRIB- I <input type="radio"/> (9) 기타 ()		
	- - , :	<input type="radio"/> (1) SNAP <input type="radio"/> (2) SNAP-PE <input type="radio"/> (3) SNAP-II <input type="radio"/> (4) SNAPPE-II <input type="radio"/> (5) NTISS <input type="radio"/> (6) CRIB-II <input type="radio"/> (7) CRIB- I <input type="radio"/> (9) 기타 ()		
- - , :	<input type="radio"/> (1) SNAP <input type="radio"/> (2) SNAP-PE <input type="radio"/> (3) SNAP-II <input type="radio"/> (4) SNAPPE-II <input type="radio"/> (5) NTISS <input type="radio"/> (6) CRIB-II <input type="radio"/> (7) CRIB- I <input type="radio"/> (9) 기타 ()			
D. 집중영양치료 관련 항목				
1. TPN	1) TPN 시행 여부	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No		
	2) 투여일자 및 집중영양치료팀 협진여부			
	연번	2-1) 투여 시작일	2-2) 투여 종료일	2-3) 집중영양치료팀 협진 여부
	1	- -	- -	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No(협진 미실시 사유:)
2	- -	- -	<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No(협진 미실시 사유:)	
E. 감염 관련 항목				
1. 중심도관	1) NICU 입실 이후 중심도관 삽입 또는 교체여부		<input type="radio"/> (1) Yes <input type="radio"/> (2) No	
	2) 중심도관 거치정보			
	연번	2-1)삽입일	2-2)제거일	2-3)삽입부위
	1	- -	- -	<input type="radio"/> (1)UVC <input type="radio"/> (2)UAC <input type="radio"/> (3)PCVC <input type="radio"/> (9)기타()
2	- -	- -	<input type="radio"/> (1)UVC <input type="radio"/> (2)UAC <input type="radio"/> (3)PCVC <input type="radio"/> (9)기타()	

2. 감염	1) 중심도관 혈행감염 진단여부	○(1) Yes(감염진단건수:) ○(2) No
	1-1) 혈액배양검사 피부오염균 검출 여부	○(1) Yes ○(2) No
	1-2) 5일 이상 또는 사망시까지 항생제 사용 여부	○(1) Yes ○(2) No
	1-3) 출생 후 7일 이내 발생	○(1) Yes ○(2) No
	1-4) 신생아 동종균이 산모 동종균과의 동일 여부	○(1) Yes ○(2) No
	1-5) 중심도관 삽입당시 혈행감염 여부	○(1) Yes ○(2) No
	1-6) 혈행감염 후 회복 여부	○(1) Yes(회복건수:) ○(2) No

104 마취 평가표준서식

문서공통정보			
환자 등록번호		환자 성명	
환자 생년월일		환자 성별	
A. 기본 정보			
입원일시	- - , :		
B. 마취 정보			
마취시작일시	- - , :		
마취사유	<input type="checkbox"/> 처치 및 수술 <input type="checkbox"/> 영상진단 및 방사선치료 <input type="checkbox"/> 무통분만 <input type="checkbox"/> 통증조절 <input type="checkbox"/> 기타 검사		
C. 마취 전			
환자 평가	• 시행여부 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
중심정맥도관 여부	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	• 초음파 보조 여부	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
D. 마취 중			
의도적 저체온증	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
체온 평가	• 체온평가 시행여부 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
	연번	측정일시	측정방법
	측정결과		
1	- - , :	<input type="checkbox"/> 폐동맥 <input type="checkbox"/> 식도 <input type="checkbox"/> 방광 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 구강 <input type="checkbox"/> 고막 <input type="checkbox"/> 액와 <input type="checkbox"/> 측두동맥 <input type="checkbox"/> 기타()	
2	- - , :	<input type="checkbox"/> 폐동맥 <input type="checkbox"/> 식도 <input type="checkbox"/> 방광 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 구강 <input type="checkbox"/> 고막 <input type="checkbox"/> 액와 <input type="checkbox"/> 측두동맥 <input type="checkbox"/> 기타()	
E. 마취 후(회복실)			
회복실 입실	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
체온 평가	• 체온평가 시행여부 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
	연번	측정일시	측정방법
	측정결과		
1	- - , :	<input type="checkbox"/> 폐동맥 <input type="checkbox"/> 식도 <input type="checkbox"/> 방광 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 구강 <input type="checkbox"/> 고막 <input type="checkbox"/> 액와 <input type="checkbox"/> 측두동맥 <input type="checkbox"/> 기타()	
2	- - , :	<input type="checkbox"/> 폐동맥 <input type="checkbox"/> 식도 <input type="checkbox"/> 방광 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 구강 <input type="checkbox"/> 고막 <input type="checkbox"/> 액와 <input type="checkbox"/> 측두동맥 <input type="checkbox"/> 기타()	
오심 및 구토 평가	<input type="checkbox"/> 미실시(사유:) <input type="checkbox"/> 1회(사유:) <input type="checkbox"/> 2회 이상		
통증평가	<input type="checkbox"/> 미실시(사유:) <input type="checkbox"/> 1회(사유:) <input type="checkbox"/> 2회 이상		
F. 기타 사항			
첨부			



심사평가정보 표준서식

제3부

서식의 작성요령



I. 심사자료 제출을 위한 표준서식(제3조제2항 관련)의 작성요령

□ 문서공통정보 ※ 문서공통정보는 모든 서식에 공통으로 들어가는 항목으로 서식 제출시 필수로 기재해야 함

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분																				
1. 서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	제출하는 서식지에 해당하는 서식코드 기재 ※ 각 서식별 기재형식의 서식코드 참조 (예시) 병리검사결과지인 경우, ERPO01	E																				
2. 서식버전	an(3)	FOM_VER	제출하는 서식에 해당하는 서식 버전을 기재 ※ 각 서식별 기재형식의 서식버전 참조 (예시) 002	E																				
3. 요양기관기호	an(8)	YKIHO	요양기관기호	E																				
4. 청구번호	an(10)	DMD_NO	요양급여비용 심사청구 시 요양기관에서 부여한 번호를 기재 • 유형: CCYYMM + 일련번호4자리 CCYYMM: 진료년월(6자리)	E																				
5. 접수번호	an(7)	RCV_NO	해당 내역을 청구한 명세서의 접수번호를 기재 ※ 접수번호가 없는 경우 '0000000'으로 기재	E																				
6. 접수년도	an(4)	RCV_YR	• 유형: CCYY	E																				
7. 청구서일련번호	n(3)	BILL_SNO	접수번호 부여 전 제출인 경우 '0' 기재 원청구건에 대한 제출인 경우 '1' 기재 보완청구건에 대한 제출인 경우, 심사결과통보서를 통해 통보된 번호를 기재	E																				
8. 명세서일련번호	an(5)	SP_SNO	요양급여비용 심사청구 시 요양기관에서 부여한 요양급여비용 명세서의 일련번호 • 00001-99999 • 100,000번째부터는A0000부터 연이어 기재	E																				
9. 보험자구분코드	an(1)	INSUP_TP_CD	보험자구분코드를 기재 4: 건강보험, 5: 의료급여, 7: 보훈, 8: 자동차보험	E																				
10. 참고업무 구분코드	an(2)	FOM_REF_BIZ_TP_CD	제출자료를 참고하는 업무 구분 코드를 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>01</td> <td>1차심사</td> <td>06</td> <td>신포괄</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>심사보완</td> <td>08</td> <td>난임시술</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>이의신청</td> <td>09</td> <td>진료의뢰회송</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>평가</td> <td>10</td> <td>신포괄정보관리평가</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>진료비만원</td> <td>11</td> <td>분석심사</td> </tr> </table>	01	1차심사	06	신포괄	02	심사보완	08	난임시술	03	이의신청	09	진료의뢰회송	04	평가	10	신포괄정보관리평가	05	진료비만원	11	분석심사	E
01	1차심사	06	신포괄																					
02	심사보완	08	난임시술																					
03	이의신청	09	진료의뢰회송																					
04	평가	10	신포괄정보관리평가																					
05	진료비만원	11	분석심사																					
1) 업무상세코드	an(5)	DTL_BIZ_CD	참고업무의 상세 업무구분이 있는 경우(참고업무 구분코드가 '03: 이의신청', '04: 평가'인 경우) 필수 기재 ※ 이의신청: RCV(접수), SUP(보완) ※ 평가: NIC(신생아중환자실), KHD(혈액투석), BLT(수혈), ANE(마취)	A																				
11. 요청번호	an(20)	REQ_DATA_NO	참고업무 구분코드가 '03: 이의신청, 05: 진료비만원, 09: 진료의뢰회송, 10: 신포괄정보관리평가'인 경우 필수 기재 단, '이의신청'의 경우 1)업무상세코드 'RCV(접수)'인 경우에만 필수 기재 ※ 요청번호는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A																				
12. 재심사접수ID	an(14)	RE_RV_RCV_ID	1) 업무상세코드가 이의신청: SUP(보완)인 경우 필수 기재 ※ 재심사접수ID는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A																				

1 퇴원요약자료(RID001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RID001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 입원				
1) 입원일시	an(12)	IPAT_DT	입원한 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 입원한 경우: 202007010000	E
2) 입원과	an(2)	IPAT_DGSBJT_CD	입원시 진료 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
입원 내과 세부전과목	an(2)	IPAT_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 입원과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전과목 구분코드 참조	A
3) 입원의사 성명	an(50)	IPAT_DR_NM	입원을 담당한 의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등)의 성명을 기재	E
2. 퇴원				
1) 퇴원일시	an(12)	DSCG_DT	퇴원한 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 퇴원한 경우: 202007010000	E
2) 퇴원과	an(2)	DSCG_DGSBJT_CD	퇴원시 진료 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
퇴원 내과 세부전과목	an(2)	DSCG_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 퇴원과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전과목 구분코드 참조	A
3) 퇴원의사 성명	an(50)	DSCG_DR_NM	퇴원을 담당한 의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등)의 성명을 기재	E
3. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	퇴원요약자료를 작성한 의사의 성명을 기재	E
4. 작성일시	an(12)	WRT_DT	퇴원요약자료를 최종 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E
B. 이전 입원 이력				
1. 30일내 재입원 여부	an(1)	DY30_WN_RE_IPAT_YN	타 병원 또는 동일 기관에 30일내 입원한 적이 있는지 여부를 기재 ※ 1. 30일내 재입원 여부가 '1. Yes'인 경우, 2. 재입원 계획 여부, 3. 직전 퇴원일 필수 기재	E
			1 Yes 2 No 3 확인불가	
1-1. 30일내 재입원 사유	an(8000)	DY30_WN_RE_IPAT_TXT	1. 30일 이내 재입원 여부가 '1. Yes'인 경우 중 재입원 사유가 있는 경우, 해당사항을 평문으로 기재 • (예시) 다른 부위(좌, 우)의 백내장 수술 위해 재입원함	C
2. 재입원 계획 여부	an(1)	RE_IPAT_PLAN_YN	1. 30일내 재입원 여부가 '1. Yes'인 경우, 마지막 퇴원할 당시, 현재 입원에 대한 계획이 있었는지 여부를 기재	A
			1 계획에 있는 재입원 2 계획에 없는 재입원	
3. 직전 퇴원일				
3-1. 직전 퇴원일	an(1)	BF_DSCG_RCGN_YN	1. 30일내 재입원 여부가 '1. Yes'인 경우, 직전 퇴원일을 알고 있는 경우 '1. 알고 있음', 직전 퇴원일을 모르는 경우 '2. 모름'을 기재	A
			1 알고 있음 2 모름	
3-2. 퇴원일	an(8)	BF_DSCG_DD	3-1. 직전 퇴원일 '1. 알고 있음' 인 경우, 퇴원일을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmdd	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
C. 입원 경과				
1. 주호소		TBL_CC		
99 1) 주호소	an(8000)	CC_TXT	환자가 호소하는 증상 등을 평문으로 기재	E
2) 발병시기	an(500)	OCUR_ERA_TXT	해당 주호소의 발병시기를 평문으로 기재	C
2. 입원사유 및 현병력	an(8000)	IPAT_RS_TXT	입원사유 및 입원당시 질병상태 등을 평문으로 기재	E
3. 입원경과 및 치료과정	CLOB	IPAT_ELAPS_TXT	입원경과 및 치료과정을 평문으로 기재	E
4. 시술·처치 및 수술		TBL_MOPR_ SOPR	입원기간 동안의 주요 시술·처치 및 수술내역에 대해 기재하되, 내역이 없는 경우 '-' 값 입력 ※ 입원기간 동안 시술·처치 또는 수술을 2가지 이상 실시한 경우 발생일 순서대로 작성하여야 함	
99+ 1) 시행일시	an(12)	SOPR_ENFC_DT	시술·처치 및 수술을 시행한 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 시행한 경우: 202007010000	E
2) 시술·처치 및 수술명	an(400)	SOPR_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 시술·처치 및 수술 명칭을 기재	E
3) ICD-9-CM vol.3	an(5)	SOPR_MED_BHV_DIV_CD	국제의료행위분류(ICD-9-CM volume3, International Classification of Diseases, 9th Edition, Clinical Modification) 코드 기재 • (예시) Right hemicolectomy 인 경우: 45.73	C
4) 수가코드	an(9)	SOPR_MDFEE_CD	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가코드를 기재 • (예시) D0113	C
5. 검사소견		TBL_EXM_ OPN	진단결정에 영향을 미친 주요 검사소견에 대해 기재, 검사내역이 없는 경우 '-' 값 입력	
99+ 1) 검사일시	an(12)	EXM_DT	해당 검사를 실시한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 시행한 경우: 202007010000	E
2) 검사명	an(400)	EXM_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 검사명칭을 기재	E
3) 검사결과일시	an(12)	EXM_RST_DT	해당 검사의 결과를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
4) 검사결과	CLOB	EXM_RST_TXT	검사결과, 판독의사의 소견 등을 평문으로 기재	E
5) 수가코드	an(9)	EXM_MDFEE_CD	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가코드를 기재 • (예시) D0113	C
6. 최종 진단		TBL_LAST_ DIAG		
99 1) 상병분류구분	an(1)	SICK_TP_CD	• 진단명에 따른 상병분류구분을 기재 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생한 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제 상병	E
			1 주상병 2 부상병 3 배제 상병	
2) 상병분류기호	an(6)	LAST_DIAG_SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	E
3) 진단명	an(400)	LAST_DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E
4) 진료과	an(2)	LAST_DIAG_DGSBJT_CD	진료를 받은 진료과목 또는 상병명에 해당하는 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
진료과 내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 진료과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분						
5) 입원 시 상병여부	an(1)	IPAT_SICK_YN	<ul style="list-style-type: none"> 해당 진단명이 입원 당시부터 존재한 상병인지, 입원 중 발생한 상병인지 등에 따라 구분코드를 기재 1: Y(Yes) (해당 진단이 입원 당시에 존재하였음) 2: N(No) (해당 진단이 입원 당시에 존재하지 않았음) 3: U(Unknown) (해당 상태가 입원 당시에 존재하였는지를 결정할 수 있는 기록이 충분하지 못함) 4: W(Undetermined) (임상적으로 결정할 수 없음. 해당 상태가 입원당시에 존재하였는지 여부를 의료제공자가 임상적으로 결정할 수 없음) 5: E(Excepted, 기타 예외상병) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1 Y(Yes)</td> <td>4 W(Undetermined)</td> </tr> <tr> <td>2 N(No)</td> <td>5 E(Excepted, 기타 예외상병)</td> </tr> <tr> <td>3 U(Unknown)</td> <td></td> </tr> </table>	1 Y(Yes)	4 W(Undetermined)	2 N(No)	5 E(Excepted, 기타 예외상병)	3 U(Unknown)		E
1 Y(Yes)	4 W(Undetermined)									
2 N(No)	5 E(Excepted, 기타 예외상병)									
3 U(Unknown)										
7. 전과		TBL_TRFR_DESC	전과내역이 없는 경우 '-' 입력							
99	1) 전과일시	an(12)	TRFR_DT	전과한 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 전과한 경우: 202007010000	E					
	2) 의뢰									
	7-2-1. 의뢰과	an(2)	REQ_DGSBJT_CD	전과를 의뢰한 과의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E					
	7-2-2. 의뢰과 내과 세부 전문과목	an(2)	REQ_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 의뢰과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A					
	7-2-3. 의뢰의사 성명	an(50)	REQ_DR_NM	전과를 의뢰한 담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등의 성명을 기재	E					
	3) 회신									
	7-3-1. 회신과	an(2)	RPY_DGSBJT_CD	회신한 과의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E					
	7-3-2. 회신과 내과 세부 전문과목	an(2)	RPY_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 회신과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A					
	7-3-3. 회신의사 성명	an(50)	RPY_DR_NM	회신한 담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등)의 성명을 기재	E					
4) 전과사유	an(8000)	TRFR_RS_TXT	전과 사유에 해당하는 내용을 평문으로 기재	C						
8. 약물 이상반응										
1) 약물 이상반응 여부	an(1)	ALRG_YN	진료 당시 환자가 알고 있었거나 진료 중 발생한 약물 이상반응 여부에 따른 구분코드를 기재 ※ 8-1) 약물 이상반응 여부가 '1: Yes' 인 경우, '2) 약물 이상반응 내용' 항목 필수 기재	E						
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1 Yes</td> <td>2 No</td> <td>3 확인불가</td> </tr> </table>	1 Yes	2 No	3 확인불가				
1 Yes	2 No	3 확인불가								
2) 약물 이상반응 내용	an(8000)	ALRG_TXT	약물 이상반응 여부가 '1. Yes'인 경우, 이상반응을 일으키는 약물, 이상반응의 형태, 발생시기 등을 평문으로 기재	A						
9. 환자 상태 척도		TBL_PTNT_STAT_SCL								
99	1) 측정 시기	an(1)	MASR_ERA_CD	환자상태를 측정할 시기에 따른 구분코드를 기재	C					
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1 입원 당시</td> <td>3 퇴원 시</td> </tr> <tr> <td>2 입원 중</td> <td>9 기타</td> </tr> </table>	1 입원 당시	3 퇴원 시	2 입원 중	9 기타		
	1 입원 당시	3 퇴원 시								
	2 입원 중	9 기타								
	측정 시기 기타 상세	an(400)	MASR_ERA_ETC_TXT	1) 측정 시기가 '9. 기타'인 경우, 환자상태를 측정할 시기를 평문으로 기재	C					
2) 도구	an(400)	MASR_TL_NM	환자상태를 측정하기 위해 사용한 도구명을 기재 • (예시) Modified Rankin Scale(mRS), Child-Pugh Class, Glasgow Coma Scale	C						
3) 결과	an(8000)	MASR_RST_TXT	사용한 도구의 환자상태 결과를 평문으로 기재 • (예시) 1+, 10, 4점/4점/5점(13점)	C						
4) 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C						

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
10. 기타 사항				
1) 감염				
10-1-1. 발생 여부	an(1)	INFC_YN	입원 후 진료과정 중 감염이 새롭게 발생한 경우, '1: Yes' 기재 1 Yes 2 No 3 확인불가	C
10-1-2. 상세 내용	an(8000)	INFC_TXT	10-1-1. 발생 여부가 '1. Yes' 인 경우, 감염 관련 상세 내용을 평문으로 기재	C
2) 합병증				
10-2-1. 발생 여부	an(1)	CPCT_YN	입원 후 진료과정 중, 입원 시 상병에 따른 합병증이 발생한 경우, '1: Yes' 기재 • (예시) 입원 시 상병(고관절 골절 NOS, 폐쇄성), 진료과정 중 합병증(상세불명의 폐렴) 발생한 경우, '1:Yes'기재 1 Yes 2 No 3 확인불가	C
10-2-2. 상세 내용	an(8000)	CPCT_TXT	10-2-1. 발생 여부가 '1. Yes' 인 경우, 합병증 관련 상세 내용을 평문으로 기재	C
3) 환자안전관리 특이사항				
10-3-1. 발생 여부	an(1)	PTNT_SAF_MGMT_YN	입원 후 진료과정 중 환자안전관리 특이사항이 발생한 경우, '1: Yes' 기재 1 Yes 2 No 3 확인불가	C
10-3-2. 상세 내용	an(8000)	PTNT_SAF_MGMT_TXT	10-3-1. 발생 여부가 '1. Yes' 인 경우, 환자안전관리 특이사항 관련 상세 내용을 평문으로 기재 • (예시) 낙상관련 내용, 욕창관련 내용	C
D. 퇴원 현황				
1. 퇴원 형태	an(2)	DSCG_FRM_CD	퇴원형태에 따른 구분코드를 기재 01 정상퇴원 04 가망없는 퇴원 99 기타 02 자의퇴원 05 전원 03 탈원 06 사망 ※ 1. 퇴원 형태가 '06: 사망' 이 아닌 경우, 2. 퇴원 시 환자상태 항목 필수 기재 ※ 1. 퇴원 형태가 '06: 사망' 인 경우, 3. 사망 현황 항목 필수 기재 ※ 1. 퇴원 형태가 '05: 전원' 인 경우, 4. 전원 사유 항목 필수 기재	E
퇴원형태_기타상세	an(8000)	DSCG_FRM_ETC_TXT	1. 퇴원 형태가 '99: 기타'인 경우, 관련 내용을 평문으로 기재	C
2. 퇴원 시 환자 상태	an(1)	DSCG_PTNT_STAT_CD	1. 퇴원 형태가 '06: 사망' 이 아닌 경우, 퇴원 시 환자의 상태에 따른 구분코드를 기재 1 완쾌 3 호전 안 됨 9 기타 2 호전 4 치료 없이 진단만	A
퇴원 시 환자 상태 기타 상세	an(8000)	DSCG_PTNT_STAT_ETC_TXT	2. 퇴원 시 환자상태가 '9: 기타'인 경우, 관련 내용을 평문으로 기재	C
3. 사망 현황				
3-1. 사망일시	an(12)	DEATH_DT	1. 퇴원 형태가 '06: 사망' 인 경우, 사망 일시를 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	A
3-2. 원사인 상병분류기호	an(6)	DEATH_SICK_SYM	1. 퇴원 형태가 '06: 사망' 인 경우, 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	A
3-3. 진단명	an(400)	DEATH_DIAG_NM	1. 퇴원 형태가 '06: 사망' 인 경우, 사망을 진단한 의사가 부여한 진단 명칭을 기재(해당 의료기관 진단 명칭)	A
4. 전원 사유				
	an(8000)	DHI_RS_TXT	1. 퇴원 형태가 '05: 전원' 인 경우, 전원 사유에 해당하는 내용을 평문으로 기재 단, 전원 사유 내역이 없는 경우 '-' 값 입력	A
5. 퇴원 후 진료 계획				
	an(1)	DSCG_AF_DIAG_PLAN_CD	퇴원 후 진료계획에 따른 구분코드를 기재 0 해당사항 없음 2 재입원 예정 1 외래예약 9 기타	E
퇴원 후 진료계획 기타 상세	an(8000)	DSCG_AF_DIAG_PLAN_TXT	5. 퇴원 후 진료계획이 '9: 기타'인 경우, 관련 내용을 평문으로 기재	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
E. 퇴원 처방				
		TBL_DSCG_PRSC	퇴원 시 투약 처방 사항을 기재	
99	1) 처방 구분	an(1)	PRSC_TP_CD 원내/원외 처방 여부에 따라 구분코드를 기재 0 해당없음 1 원내 2 원외	E
	2) 약품명	an(400)	PRSC_MDS_NM 처방 구분이 '1. 원내' 또는 '2. 원외'인 경우, 해당 의료기관 내에서 부여한 약품명칭 또는 「약제급여목록 및 급여 상한금액표」의 제품명을 기재 • (예시1) 타세놀 8시간 이알 서방정(아세트아미노펜)_(0.65g/1정) • (예시2) Tylenol-ER 65mg Caplet/Tab	A
	3) 약품코드	an(9)	PRSC_MDS_CD 처방 구분이 '1. 원내' 또는 '2. 원외'인 경우, 「약제급여목록 및 급여 상한금액표」의 제품코드를 기재 • (예시) 642202200	C
	4) 용법	an(500)	PRSC_USAG_TXT 처방 구분이 '1. 원내' 또는 '2. 원외'인 경우, 투약 방법을 평문으로 기재 • (예시) 저녁식사 직후 복용, 매 8시간마다 2정씩 복용하세요	A
	5) 1회 투약량	n(5.4)	PRSC_FQ1_MDCT_QTY 처방 구분이 '1. 원내' 또는 '2. 원외'인 경우, 1회 투약량을 기재(소수점 다섯째자리 이상인 경우, 4사5입하여 소수점 넷째자리까지 기재) • (예시1) 6 • (예시2) 3.3334	A
	6) 1일 투여횟수	n(2)	PRSC_DY1_INJC_FQ 처방 구분이 '1. 원내' 또는 '2. 원외'인 경우, 1일 투여횟수를 기재	A
	7) 총 투약일수	n(3)	PRSC_TOT_INJC_DDCNT 처방 구분이 '1. 원내' 또는 '2. 원외'인 경우, 총 투약일수를 기재	A
F. 추가 정보				
	1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM 정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO 항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID 의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM 의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT 해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM 항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

2 진단검사결과지(ERD001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분				
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재								
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ERD001	E				
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E				
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E				
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E				
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E				
A. 기본 정보								
1. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	해당 검사를 처방한 의사의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E				
	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문의과목 구분코드 참조	A				
2. 처방의사 성명	an(50)	PRSC_DR_NM	해당 검사를 처방한 의사의 성명을 기재	E				
B. Text형 검사 결과								
		TBL_TXT_EXM	판독소견이 있는 경우 Text형 검사결과에 기재(예시) 배양검사, 골수검사, 분자·세포유전검사)하되 결과내역이 없는 경우 '-' 입력					
99+	1. 처방일시	an(12)	EXM_PRSC_DT	의사가 해당 검사를 처방한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 처방한 경우: 202007010000	E			
	2. 채취일시	an(12)	EXM_GAT_DT	환자로부터 해당 검체를 채취한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E			
	3. 접수일시	an(12)	EXM_RCV_DT	진단검사의학과에 해당 검체가 접수된 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E			
	4. 판독일시	an(12)	EXM_RST_DT	판독의가 판독 결과지를 작성한 날짜와 시간(text형)을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E			
	5. 검체종류	an(2)	EXM_SPCM_CD	채취한 검체의 종류에 따른 구분코드를 기재 • 구분코드	E			
				01		혈액	04	체액 및 조직
				02		소변	05	골수
				03		대변	99	기타
	5-1. 검체종류 상세	an(8000)	EXM_SPCM_ETC_TXT	검체종류가 99. 기타인 경우 채취한 검체의 종류를 평문으로 기재	A			
	6. 수가코드	an(9)	EXM_MDFEE_CD	「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가코드를 기재 • (예시) D0113 ※ 단, 수가코드와 매핑되지 않는 검체검사의 경우 '00'으로 기재	E			
	7. 검사코드	an(50)	EXM_CD	해당 의료기관 내에서 부여한 검체검사 코드를 기재	E			
8. 검사명	an(8000)	EXM_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 검체검사 명칭을 기재	E				
9. 판독결과	CLOB	EXM_RST_TXT	해당 검사의 판독결과를 기재	E				
10. 판독의사 성명	an(50)	DCT_DR_NM	해당 검사를 판독한 의사의 성명을 기재	E				
11. 판독의사 면허번호	an(10)	DCT_DR_LCS_NO	해당 검사를 판독한 의사의 면허번호를 기재	C				



항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분												
C. Grid형 검사 결과																
		TBL_GRID_EXM	수치화된 검사결과와 Grid형 검사 결과에 기재. 해당내역이 없는 경우 '-' 입력													
99+	1. 처방일시	an(12)	EXM_PRSC_DT 의사가 해당 검사를 처방한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 처방한 경우: 202007010000	E												
	2. 채취일시	an(12)	EXM_GAT_DT 환자로부터 해당 검체를 채취한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E												
	3. 접수일시	an(12)	EXM_RCV_DT 진단검사의학과에 해당 검체가 접수된 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E												
	4. 결과일시	an(12)	EXM_RST_DT 해당 검사의 결과가 나온 날짜와 시간(Grid형)을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E												
	5. 검체종류	an(2)	EXM_SPCM_CD 채취한 검체의 종류에 따른 구분코드를 기재 • 구분코드 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>01</td> <td>혈액</td> <td>04</td> <td>체액 및 조직</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>소변</td> <td>05</td> <td>골수</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>대변</td> <td>99</td> <td>기타</td> </tr> </table>	01	혈액	04	체액 및 조직	02	소변	05	골수	03	대변	99	기타	E
	01	혈액	04	체액 및 조직												
	02	소변	05	골수												
	03	대변	99	기타												
	5-1. 검체종류 상세	an(8000)	EXM_SPCM_ETC_TXT	검체종류가 99. 기타인 경우 채취한 검체의 종류를 평문으로 기재	A											
	6. 수가코드	an(9)	EXM_MDFEE_CD	「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가코드를 기재 • (예시) D0113 ※ 단, 수가코드와 매핑되지 않는 검체검사의 경우 '00'으로 기재	E											
	7. 검사코드	an(50)	EXM_CD	해당 의료기관 내에서 부여한 검체검사 코드를 기재 • (예시) L2013	E											
	8. 검사명	an(8000)	EXM_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 검체검사 명칭을 기재 • (예시) Hemoglobin	E											
9. 검사결과	CLOB	EXM_RST_TXT	해당 검사의 결과를 기재 • (예시) 검사결과가 숫자인 경우: 8.7	E												
10. 참고치	an(400)	EXM_REF_TXT	해당 검사의 정상범위를 기재 • (예시) 12.0 ~ 16.0	E												
11. 단위	an(400)	EXM_UNIT	해당 검사의 단위를 기재 • (예시) g/dl	E												
12. 추가정보	an(8000)	EXM_ADD_TXT	참고치(정상 범위)와 비교하여 해당 검사결과에 대한 판정 정보 혹은 기타 추가정보를 기재 • (예시) H(높음), L(낮음), 정상, 이상값 등	C												
D. 기타 정보																
1. 비교	an(8000)	RMK_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C												
2. 첨부	image	APND_DATA_NO	검사결과지(별지) 등 진단검사 관련 이미지(pdf/jpg/gif/png/ zip/ xlsx/hwp/pptx 등) 파일 첨부	C												
E. 추가 정보																
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재													
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C											
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C											
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C											
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C											
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C											
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99+'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)																

3 영상검사결과지(ERR001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서관통정보 ※ □문서관통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ERR001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	“-” 생략 기재	E	
A. 검사 정보 및 결과					
		TBL_EXM_RST			
99+	1) 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	해당 검사를 처방한 의사의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
	내과 세부전과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전과목 구분코드 참조	A
	2) 처방의사 성명	an(50)	PRSC_DR_NM	해당 검사를 처방한 의사의 성명을 기재	E
	3) 처방일시	an(12)	EXM_PRSC_DT	해당 영상검사를 처방한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 처방한 경우: 202007010000	E
	4) 검사일시	an(12)	EXM_EXEC_DT	해당 검사를 시행한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
	5) 판독일시	an(12)	EXM_RST_DT	해당 영상검사에 대해 판독의사가 판독결과지를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
	6) 판독의사 성명	an(50)	DCT_DR_NM	해당 검사를 판독한 의사의 성명을 기재	E
	7) 판독의사 면허번호	an(10)	DCT_DR_LCS_NO	해당 검사를 판독한 의사의 면허번호를 기재	C
	8) 수가코드	an(9)	EXM_MDFEE_CD	「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가코드를 기재 ※ 단, 수가코드와 매핑되지 않는 영상검사의 경우 '00'으로 기재	E
	9) 검사코드	an(50)	EXM_CD	해당 의료기관 내에서 부여한 영상검사코드를 기재	E
	10) 검사명	an(8000)	EXM_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 영상검사명칭을 기재	E
11) 판독결과	CLOB	EXM_RST_TXT	해당 검사의 판독 결과를 평문으로 기재	E	
2. 비고	an(8000)	RMK_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C	
3. 첨부	image	APND_DATA_NO	해당 검사결과와 관련된 판독 이미지(pdf/jpg/gif/png/zip/xlsx/hwp/pptx 등)를 파일 첨부	C	
B. 추가 정보					
		TBL_FOM_CZITM			
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

4 병리검사결과지(ERP001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ERP001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 진료과				
1) 진료과목	an(2)	DGSBJT_CD	해당 병리검사를 의뢰한 의사의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
2. 의뢰의사 성명	an(50)	PRSC_DR_NM	해당 검사를 의뢰한 의사의 성명을 기재 ※ 의뢰의사 항목이 없는 경우 진료의, 처방의 성명을 기재	E
B. 검사 정보				
1. 병리번호	an(50)	EXM_SPCM_NO	해당 의료기관 내에서 부여한 고유 병리번호를 기재	E
2. 최종판독일시	an(12)	EXM_RST_DT	해당 검사에 대해 판독의가 판독결과지를 최종 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 최종판독한 경우: 202007010000	E
3. 판독의사 성명	an(50)	DCT_DR_NM	해당 검사를 판독한 의사의 성명을 기재 ※ 육안검사 및 병리 진단 판독의가 다른 경우 병리학적 진단 판독의 기재	E
4. 판독의사 면허번호	an(10)	DCT_DR_LCS_NO	해당 검사를 판독한 의사의 면허번호를 기재 ※ 육안검사 및 병리 진단 판독의가 다른 경우 병리학적 진단 판독의 면허번호 기재	C
C. 검사 결과				
1. 검체검사 상세		TBL_SPCM_EXM	해당 병리번호 관련한 처방 모두 기재 • (예시1) 단일항목 처방일 경우, 202007011000/202007011030/C5605/A12345/Level D (10~15개) 조직병리검사 • (예시2) 2항목 이상 처방일 경우, 202007011000/202007011030/C5605/A12345/Level D (10~15개) 조직병리검사, 202007051000/202007051030/C5673/A12356/IMMUNO 6종입력	
99) 1) 처방일시	an(12)	EXM_PRSC_DT	해당 검체가 처방된 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E
2) 접수일시	an(12)	EXM_RCV_DT	해당 검체가 접수된 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E
3) 수가코드	an(9)	EXM_MDFEE_CD	「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가코드를 기재 ※ 단, 수가코드와 매핑되지 않는 검체검사의 경우 '00'으로 기재	E
4) 검사코드	an(50)	EXM_CD	의료기관 내에서 부여한 검체검사코드를 기재	E
5) 검사명	an(400)	EXM_NM	의료기관 내에서 부여한 처방명 기재	E
6) 검체부위	an(400)	EXM_RGN_TXT	조직 채취 부위 및 검체종류(sputum, urine 등) 기재	C
2. 육안소견	CLOB	EXM_RST_TXT	판독의사가 해당 검체를 육안으로 확인한 소견을 평문으로 기재	E
3. 병리학적 진단	CLOB	PTLY_DIAG_TXT	판독의사가 해당 검체에 관한 현미경적 소견 및 관련 진단을 평문으로 기재	E

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
4. 추가검사	CLOB	ADD_EXM_TXT	동일 병리번호에서 추가로 시행한 면역조직화학검사, 유전자검사 등 항목 및 내용을 평문으로 기재 • (예시) result of staining (#A1) : HER-2 : negative(0/3)	E
D. 신생물 ※ 해당 검체가 신생물인 경우 추가기재				
		TBL_NPLS	해당 검체가 신생물인 경우에 추가기재	
1. 조직학적 진단명				
99 1) 진단명	an(8000)	TXTR_DIAG_NM	신생물 환자의 경우 중앙학국제질병분류(ICD-O-3)에 따른 조직학적 진단명(Morphology)을 기재 • (예시) Hepato cellular carcinoma	C
2) 진단코드	an(7)	TXTR_DIAG_CD	신생물 환자의 경우 중앙학국제질병분류(ICD-O-3)에 따른 조직학적 진단코드를 기재 • (예시) M8170/3	C
2. 분화도				
	an(1)	DFFR_STDD_CD	해당 검체의 분화도에 따라 구분코드를 기재	C
			1 Well differentiated(1단계)	
			2 Moderately differentiated(2단계)	
			3 Poorly differentiated(3단계)	
			4 Undifferentiated(4단계)	
			5 등급평가불가능	
3. 위치	an(500)	LSN_LOCA	병변의 위치를 기재	C
4. 크기	an(500)	LSN_SZ	병변의 크기를 기재 • (예시) 가로 10mm, 세로 5mm인 경우: 10x5	C
1) 단위	an(1)	LSN_UNIT	병변 크기의 단위를 기재	C
			1 센티미터(cm) 2 밀리미터(mm)	
5. 침윤 깊이	an(500)	INFT_DPTH_TXT	침윤깊이를 기재. 크기는 밀리미터(mm) 단위로 기재 • (예시) invasion to submucosa(depth of invasion: 0.5mm from muscularis mucosae), (safety margin: 1mm from deep resection margin)	C
6. 침범 여부				
1) 혈관	an(1)	BLDVE_INVS_CD	1 Not identified 2 Present 3 Indeterminate	C
2) 신경	an(1)	NERV_INVS_CD	1 Not identified 2 Present 3 Indeterminate	C
3) 림프관	an(1)	LYMP_INVS_CD	1 Not identified 2 Present 3 Indeterminate	C
7. 절제면 암세포 존재여부				
	an(1)	CNR_CELL_EXST_CD	절제면의 암세포(잔류암) 존재 여부에 따라 구분코드를 기재	C
			1 Yes 2 No	
8. 림프절 전이 여부				
1) 림프절 전이 여부	an(1)	LYMP_MTS_CD	림프절 전이 여부에 따라 구분코드를 기재	C
			1 Yes 2 No	
2) 림프절 전이 개수			림프절에 전이가 된 경우	
8-2-1. 절제된 림프절 개수	n(2)	LYMP_INCSN_CNT	절제된 림프절 총 개수를 기재	C
8-2-2. 전이된 림프절 개수	n(2)	LYMP_MTS_CNT	전이된 림프절 개수를 기재	C
9. 암병기				
1) Stage	an(3)	CNR_STGN_ST1_TXT	확인된 병기 Stage 분류를 기재 • (예시) 3A	C
2) T	an(3)	CNR_STGN_ND2_TXT	확인된 병기 TNM 중 'T'에 해당하는 분류를 기재 • (예시) T2a	C
3) N	an(3)	CNR_STGN_RD3_TXT	확인된 병기 TNM 중 'N'에 해당하는 분류를 기재 • (예시) N2	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
4) M	an(3)	CNR_STGN_TH4_TXT	확인된 병기 TNM 중 'M'에 해당하는 분류를 기재 • (예시) M0	C
5) 비고	an(8000)	NPLS_TXT	신생물 관련 내용을 위와 같이 기재하기 어려운 경우 평문으로 기재 • (예시) stage3, T2aN2M0	C
10. 첨부	image	APND_DATA_NO	해당 검사결과와 관련된 이미지(pdf/jpg/gif/png/zip/xlsx/hwp/pptx 등) 파일 첨부	C
E. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

5 수술기록자료(RSS001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RSS001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
1. 수술 시작일시	an(12)	SOPR_STA_DT	수술을 시작한 날짜와 시간을 기재(절개 시작 시각) • 유형: ccyymmddhhmm	E	
2. 수술 종료일시	an(12)	SOPR_END_DT	수술을 종료한 날짜와 시간을 기재(봉합 종료 시각) • 유형: ccyymmddhhmm	E	
3. 수술 의사		TBL_SOPR_DR			
99	1) 구분	an(1)	SOPR_DR_CD 집도의사인지 보조의사인지 구분코드를 기재 1 집도의 2 보조의	E	
	2) 진료과	an(2)	SOPR_DGSBJT_CD 해당 수술을 집도 또는 보조한 의사의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E	
	내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD * 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A	
	3) 성명	an(50)	SOPR_DR_NM	해당 수술을 집도 또는 보조한 의사의 성명을 기재	E
	4) 면허번호	an(10)	SOPR_DR_LCS_NO	해당 수술을 집도 또는 보조한 의사의 면허번호를 기재	C
4. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	해당 수술기록지를 작성한 의사의 성명을 기재	E	
5. 작성일시	an(12)	WRT_DT	해당 수술기록지를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E	
B. 수술 정보					
1. 응급여부					
1) 응급여부	an(1)	EMY_YN	해당 수술의 응급여부 구분자를 기재 1 정규 2 응급	E	
2) 응급사유	an(8000)	EMY_RS_TXT	해당 사유를 평문으로 기재	C	
2. 마취					
1) 마취종류	an(400)	NCT_KND_TXT	마취종류를 평문으로 기재	E	
2) 마취통증의학과 개입여부	an(1)	NCT_DEPT_PATC_YN	해당 수술시 마취통증의학과 개입 여부 구분자를 기재 1 Yes 2 No	C	
3. 수술 전 진단		TBL_SOPR_BF_DIAG			
99	1) 진단명	an(400)	SOPR_BF_DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E
	2) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	C
4. 수술 후 진단		TBL_SOPR_AF_DIAG			
99	1) 진단명	an(400)	SOPR_AF_DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
2) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 류기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘·’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략	C
5. 수술명		TBL_SOPR_NM		
99 1) 수술명	an(400)	SOPR_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 수술 명칭을 기재	E
6. 수술수카코드		TBL_MDFEE_CD		
99 1) 수카코드	an(9)	MDFEE_CD	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수카 코드를 기재, 수카코드를 매핑할 수 없는 경우 '00' 입력	E
7. 수술체위	an(8000)	SOPR_PHSQ_TXT	해당 수술체위 종류를 평문으로 기재 • (예시) Fowler's position	E
8. 병변의 위치	an(500)	LSN_LOCA_TXT	해당 수술을 실시한 병변의 위치를 평문으로 기재 ※ 양측 및 상행하행으로 구분되는 부위인 경우 상세히 기재	E
9. 수술소견	CLOB	SOPR_RST_TXT	발견 사항, 수술소견 등을 평문으로 기재	E
10. 수술절차	CLOB	SOPR_PROC_TXT	수술과정을 평문으로 기재	E
11. 중요(특이) 사항	an(8000)	SOPR_SPCL_TXT	수술 중 중요(특이)사항을 평문으로 기재하되, 해당 내용이 없는 경 우 '-' 입력	E
C. 기타 정보				
1. 출혈량	n(10)	HMRHG_QTY	출혈이 있는 경우 출혈량을 cc 단위로 기재	C
2. 합병증	an(8000)	CPCT_TXT	합병증이 나타난 경우 증상을 상세히 평문으로 기재 • (예시) 호흡곤란, 저체온증, 장기손상 등	C
3. 장비사용내역	an(8000)	SOB_NM	수술에 사용하는 장비를 평문으로 기재 • (예시) Microscope, CUSA	C
4. 응급 조직병리 검사				
1) 응급 조직병리 검사 의뢰여부	an(1)	EMY_TXTR_P TLY_REQ_YN	수술시 응급 조직병리검사 의뢰 여부에 따라 구분코드를 기재 1 Yes 2 No	C
2) 응급 조직병리 검사 결과	an(8000)	EMY_TXTR_P TLY_RST_TXT	응급 조직병리검사 의뢰 여부가 1. Yes인 경우 해당 검사 부위 및 결과를 평문으로 기재	C
5. 배액				
1) 배액 시행 여부	an(1)	DRN_ENFC_YN	배액(Drain) 시행 여부에 따라 구분코드를 기재 1 Yes 2 No	C
2) 배액종류상세	an(8000)	DRN_TUBE_TXT	배액시행여부가 1. yes 인 경우 배액관 종류를 평문으로 기재	C
6. 첨부	image	APND_DATA_NO	해당 수술과 관련된 이미지(pdf/jpg/gif/png/zip/xlsx/hwp/ pptx 등) 파일 첨부	C
D. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

6 응급기록자료(REE001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
• n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	REE001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E	
A. 응급실 기본 정보					
1. 응급실 도착일시	an(12)	EMRRM_IPAT_DT	환자가 응급실에 입실한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E	
2. 응급실 퇴실일시	an(12)	EMRRM_DSCG_DT	환자가 응급실에서 퇴실한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E	
3. KTAS 중증도 분류					
1) KTAS 중증도 등급		TBL_KTAS_GRD	분류일시 및 중증도 등급을 기재하되, 최초 중증도 분류 이후 환자의 상태가 변화하여 재분류한 경우 분류일시 순서대로 작성		
99 3-1-1. 분류일시	an(12)	KTAS_GRD_DIV_DT	KTAS 중증도 등급의 분류일시를 기재 • 유형 : ccyyymmddhhmm	E	
	n(1)	KTAS_GRD_TXT	특정내역 MT046 한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS)에 따라 등급을 기재: 1, 2, 3, 4, 5, 8 중 하나(진료외 방문 시에는 8을 기재)	E	
4. 전원 여부					
1) 전원 여부	an(1)	DHI_YN	전원 여부에 따라 구분코드를 기재 전원 여부가 1: 'Yes'인 경우 '4-1-1. 타병원 진료 내용' 항목을 필수 입력하여야 함	E	
			1 Yes 2 No		
4-1-1. 타병원 진료 내용	an(8000)	OIST_TRET_TXT	타병원 진료 내용을 기재하되 해당 내용이 없는경우 '-' 입력	A	
B. 기초 사정 정보					
1. 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 신장이 172.3cm인 경우: 172.3	C	
2. 체중	n(3.1)	BWGT	체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재 • (예시) 체중이 56.5kg인 경우: 56.5	C	
3. 활력징후		TBL_VTSG			
99+	1) 측정일시	an(12)	VTSG_MASR_DT	활력징후를 측정된 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
	2) 혈압	an(7)	VTSG_BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압 측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80	C
	3) 맥박	n(3)	VTSG_PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80	C
	4) 호흡	n(3)	VTSG_BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 20회인 경우: 20	C
	5) 체온	n(2.1)	VTSG_TMPR	체온을 섭씨온도(°C) 단위로 기재 • (예시) 36.6	C
	6) 산소포화도	n(3)	VTSG_OXY_STRT	산소포화도를 퍼센트(%) 단위로 기재 • (예시) 97	C
	7) 혈당	n(3)	VTSG_BLSG	혈당 수치를 밀리그램 퍼 데시리터(mg/dl) 단위로 기재 • (예시) 110	C
	8) 특이사항	an(8000)	VTSG_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
4. 의식상태	an(1)	CNSCS_STAT_CD	의식 상태에 따라 구분자를 기재 • 구분코드	C	
			1 Alert		
			2 Drowsy		
			3 Stupor		
			4 Semicoma		
			5 Coma		
5. Glasgow Coma Scale		TBL_GCS			
99	평가일시	an(12)	EXEC_DT	Glasgow Coma Scale을 실시한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 시행한 경우: 202007010000	C
	결과	n(2)	GCS_RST_PNT	평가 점수를 기재 (3~15) • (예시) 3점인 경우: 3	C
6. Stroke Scale					
1) NIH(National Institutes of Health) Stroke Scale			TBL_CRST_SCL		
99	평가일시	an(12)	EXEC_DT	NIH Stroke Scale을 실시한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
	결과	n(2)	CRST_SCL_ASM_PNT	NIH Stroke Scale을 실시한 경우 평가 점수를 기재 (0~42) • (예시) 3점인 경우: 3	C
2) 기타			TBL_ETC_CRST_SCL		
99	Scale 명칭	an(400)	CRST_SCL_NM	NIH Stroke Scale 외 기타 뇌졸중 척도를 실시한 경우 명칭을 평문으로 기재	C
	평가일시	an(12)	EXEC_DT	기타 뇌졸중 척도를 실시한 경우 실시일시를 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
	결과	an(8000)	SCL_RST_TXT	기타 뇌졸중 척도를 실시한 경우 평가점수 등 척도에 따른 결과를 평문으로 기재	C
C. 응급실 경과					
1. 주호소			TBL_CC		
99	1) 주호소	an(8000)	CC_TXT	환자가 호소하는 증상 등을 평문으로 기재	E
	2) 발병시기	an(500)	OCUR_ERA_TXT	발병시기를 평문으로 기재	C
	2) 현병력	an(8000)	CUR_HOC_TXT	응급실 내원 당시 질병상태 등을 평문으로 기재	E
3. 약물 이상반응					
1) 약물 이상반응 여부	an(1)	ALRG_YN	진료 당시 환자가 알고 있었거나, 진료 중 발생한 약물 이상반응 여부에 따른 구분코드를 기재 약물 이상반응 여부가 1: 'Yes'인 경우 '3-1-1. 약물 이상반응 내용' 항목을 필수 입력하여야 함	E	
			1 Yes 2 No 3 확인불가		
3-1-1. 약물 이상반응 내용	an(8000)	ALRG_TXT	이상반응을 일으키는 약물, 이상반응의 형태, 발생시기 등을 평문으로 기재	A	
4. 과거력	an(8000)	ANMN_TXT	환자의 과거병력이 있는 경우 해당 내용을 기재	E	
5. 수술력			TBL_ANMN_SOPR		
99	1) 수술명	an(400)	ANMN_SOPR_NM	과거 수술 경험이 있는 경우 해당 수술명을 기재	C
	2) 비고	an(8000)	ANMN_SOPR_TXT	수술일자 등 해당 수술에 관련된 내용을 기재	C
6. 약물복용력					
1) 약물복용 여부	an(1)	MDS_DOS_YN	현재 환자의 약물복용 여부에 따른 구분코드를 기재 약물복용 여부가 1: 'Yes'인 경우 '6-1-1. 약물 종류' 항목을 필수 입력하여야 함	E	
			1 Yes 2 No 3 확인불가		

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분																
6-1-1. 약물 종류	an(100)	MDS_KND_CD	해당 약물의 성분명에 따라 구분코드를 기재하되, 복용 약물이 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 <ul style="list-style-type: none"> (예시) 고혈압약제, 당뇨병용제를 동시 복용한 경우: 1/2 구분코드 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>고혈압약제</td></tr> <tr><td>2</td><td>당뇨병용제</td></tr> <tr><td>3</td><td>항결핵약제</td></tr> <tr><td>4</td><td>고지혈증치료제</td></tr> <tr><td>5</td><td>항혈전제</td></tr> <tr><td>6</td><td>면역억제제</td></tr> <tr><td>7</td><td>항암제</td></tr> <tr><td>9</td><td>기타</td></tr> </table>	1	고혈압약제	2	당뇨병용제	3	항결핵약제	4	고지혈증치료제	5	항혈전제	6	면역억제제	7	항암제	9	기타	A
1	고혈압약제																			
2	당뇨병용제																			
3	항결핵약제																			
4	고지혈증치료제																			
5	항혈전제																			
6	면역억제제																			
7	항암제																			
9	기타																			
6-1-2. 약물 종류 상세	an(8000)	MDS_ETC_TXT	약물 종류가 9. 기타인 경우 복용 약물의 명칭을 평문으로 기재	C																
7. 개인력																				
1) 음주 여부	an(1)	DRNK_YN	음주 여부에 따라 구분코드를 기재 음주 여부가 1: 'Yes'인 경우 '7-1-1. 음주 내용' 항목을 필수 입력하여야 함 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td><td>2</td><td>No</td><td>3</td><td>확인불가</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	3	확인불가	E										
1	Yes	2	No	3	확인불가															
7-1-1. 음주 내용	an(8000)	DRNK_TXT	술 종류, 음주량 등 음주 관련 추가 기재사항이 있는 경우 평문으로 기재	A																
2) 흡연 여부	an(1)	SMKN_YN	흡연 여부에 따라 구분코드를 기재 흡연 여부가 1: 'Yes'인 경우 '7-2-1. 흡연 내용' 항목을 필수 입력하여야 함 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td><td>2</td><td>No</td><td>3</td><td>확인불가</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	3	확인불가	E										
1	Yes	2	No	3	확인불가															
7-2-1. 흡연 내용	an(8000)	SMKN_TXT	흡연상태, 흡연기간 등 흡연 관련 추가 기재사항이 있는 경우 평문으로 기재	A																
8. 가족력																				
1) 가족력 여부	an(1)	FMHS_YN	가족력 여부에 따라 구분코드를 기재 가족력 여부가 1: 'Yes'인 경우 '8-1-1. 가족력 내용' 항목을 필수 입력하여야 함 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E												
1	Yes	2	No																	
8-1-1. 가족력 내용	an(8000)	FMHS_TXT	가족력이 있는 경우 관련 내용을 평문으로 기재	A																
9. 계통문진	CLOB	ROS_TXT	계통별 문진소견(Review of System)을 평문으로 기재	E																
10. 신체검진	CLOB	PHBD_MEDE XM_TXT	신체검진(Physical Examination) 기록을 평문으로 기재	E																
11. 신경학적 검사		TBL_NRLG_EXM																		
99 1) 평가영역	an(2)	EXM_TRIT_CD	신경학적 검사 평가 영역에 해당하는 구분코드를 기재 <table border="1"> <tr><td>01</td><td>의식수준 및 대뇌 고위기능 평가</td></tr> <tr><td>02</td><td>뇌신경 검사</td></tr> <tr><td>03</td><td>사지 운동기능 검사</td></tr> <tr><td>04</td><td>사지 감각기능 검사</td></tr> <tr><td>05</td><td>반사기능 검사</td></tr> <tr><td>06</td><td>소뇌 및 전정기능 검사</td></tr> <tr><td>07</td><td>보행장애 검사</td></tr> <tr><td>99</td><td>기타</td></tr> </table>	01	의식수준 및 대뇌 고위기능 평가	02	뇌신경 검사	03	사지 운동기능 검사	04	사지 감각기능 검사	05	반사기능 검사	06	소뇌 및 전정기능 검사	07	보행장애 검사	99	기타	C
01	의식수준 및 대뇌 고위기능 평가																			
02	뇌신경 검사																			
03	사지 운동기능 검사																			
04	사지 감각기능 검사																			
05	반사기능 검사																			
06	소뇌 및 전정기능 검사																			
07	보행장애 검사																			
99	기타																			
2) 검사내용	an(8000)	NRLG_EXM_TXT	해당하는 검사명을 평문으로 기재 <ul style="list-style-type: none"> (예시) Finger to nose test, Romberg test 등 	C																
3) 검사결과	CLOB	EXM_RST_TXT	해당 검사 결과를 평문으로 기재	C																

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
12. 진료내역		TBL_SDR_DIAG	해당 내용이 없는 경우 '-' 입력 2명 이상의 진료의가 응급환자를 진료한 경우 순차적으로 01~99까지 기재	
99 1) 진료일시	an(12)	SDR_DIAG_DT	진료를 받은 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 진료한 경우: 202007010000	E
2) 진료과	an(2)	SDR_DGSBJT_CD	진료를 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
3) 진료의 성명	an(50)	SDR_NM	응급실 내원환자를 진료한 의사의 성명을 기재	E
4) 진료의 면허번호	an(10)	SDR_LCS_NO	응급실 내원환자를 진료한 의사의 면허번호를 기재	C
5) 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	해당 진료내역을 작성한 의사의 성명을 기재	E
6) 작성일시	an(12)	WRT_DT	해당 진료내역을 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E
7) 문제목록 (Problem list) & 평가 (Assessment)	CLOB	PRBM_LIST_TXT	문제목록 및 의사의 판단, 소견 등을 평문으로 기재	E
8) 치료계획(Plan)	an(8000)	TRET_PLAN_TXT	앞으로의 진단과 치료에 대한 계획 및 목표 등을 평문으로 기재	E
13. 진단		TBL_DIAG	주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병)은 '상병분류기호' 첫 번째 자리(제1단)의 상병에만 기재	
99 1) 확진 여부	an(1)	FDEC_DIAG_YN	1 확진 2 의증 확진 상병인 경우 '1: 확진', 의심되는 상병(Rule out)인 경우 '2: 의증'을 기재	E
2) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E
3) 상병분류기호	an(6)	DIAG_SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	C
14. 시술·처치 및 수술		TBL_MOPR_SOPR	2가지 이상 실시한 경우 발생일 순서대로 작성	
99+ 1) 시행일시	an(12)	SOPR_ENFC_DT	시술 및 처치를 시행한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 시행한 경우: 202007010000	E
2) 시술·처치 및 수술명	an(400)	SOPR_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 시술·처치 명칭을 기재	E
3) ICD-9-CM volume3	an(5)	SOPR_MED_BHV_DIV_CD	국제의료행위분류(ICD-9-CM volume3, International Classification of Diseases, 9th Edition, Clinical Modification) 코드 기재 • (예시) Right hemicolectomy인 경우: 45.73	C
4) 수가코드	an(9)	SOPR_MDFEE_CD	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가 코드를 기재	C
15. 퇴실형태	an(2)	EMY_DSCG_FRM_CD	퇴실형태에 해당하는 구분자를 기재 • 구분코드	E
			01 정상퇴원	
			02 자의퇴원	
			03 (본원)입원	
			04 (타병원)전원	
			05 외래추적관찰	
			06 사망	
			99 기타	

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
1) 퇴실형태상세	an(8000)	DSCG_FRM_TXT	퇴실형태가 03. (본원)입원인 경우 요양급여비용 청구방법 별표 5. 진료과목별 코드에 따라 진료과목을 평문으로 기재 퇴실형태가 04. (타병원)전원인 경우 요양기관명, 진료과목을 평문으로 기재 • (예시) 서울대학교병원 응급의학과로 전원 퇴실형태가 06. 사망인 경우 '사망현황' 이하 항목 필수 입력하여야 함 퇴실형태가 99.기타인 경우 평문으로 기재	C
15-1-1. 사망현황				
사망일시	an(12)	DEATH_DT	사망일시를 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	A
원사인 상병분류기호	an(6)	DEATH_SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '*' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	A
진단명	an(400)	DEATH_DIAG_NM	사망을 진단한 의사가 부여한 진단 명칭을 기재	A
D. 기타 정보				
1. 산과력				
1) 최종 월경 시작일	an(500)	LAST_MNST_STA_DD_TXT	최종 월경 시작일(LMP, Last Menstrual Period)을 평문으로 기재	C
2) 임신주수	n(2)/n(1)	PREG_WKCN	임신주수를 기재하되 주단위와 일단위로 기재 형태(주 일)에 맞춰 해당 내용을 기재 • (예시) 33주 2일인 경우, 33/2	C
3) 임신출산력				
1-3-1. 만삭분만	n(2)	PRTR_PARTU_FQ	만삭분만(Term birth)의 총 횟수를 기재	C
1-3-2. 조기분만	n(2)	PBTH_FQ	조기분만(Preterm birth)의 총 횟수를 기재	C
1-3-3. 유산	n(2)	MCRG_TOT_FQ	유산한 총 횟수를 기재	C
1-3-4. 생존아 수	n(2)	SRVV_CHLD_TOT_CNT	생존아(Living children) 총 수를 기재	C
2. 통증평가				
99				
1) 평가일시	an(12)	EXEC_DT	평가 실시일시를 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	C
2) 도구	an(1)	ASM_TL_CD	평가도구에 해당하는 구분자를 기재 1 NRS(숫자 통증 등급) 9 기타	C
2-2-1. 도구상세	an(400)	ASM_TL_ETC_TXT	도구가 9: '기타'인 경우 사용한 통증평가 도구명을 평문으로 기재	C
3) 결과	an(8000)	ASM_RST_TXT	통증평가 결과를 기재 • (예시) NRS 3점인 경우: 3	C
4) 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	통증 부위, 양상, 빈도 등 기타사항을 평문으로 기재	C
E. 추가 정보				
99+				
1) 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

7 입원초진기록자료(RII001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RII001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	“-” 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 입원일시	an(12)	IPAT_DT	입원한 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 입원한 경우: 202007010000	E
2. 진료과	an(2)	IPAT_DGSBJT_CD	입원시 진료 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 입원과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문의과목 구분코드 참조	A
3. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM	입원을 담당한 의사(진료한 진료과목의 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등의 성명을 기재	E
4. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	입원초진기록자료를 작성한 의사의 성명을 기재	E
5. 작성일시	an(12)	WRT_DT	입원초진기록자료를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E
B. 입원 정보				
1. 입원경로	an(1)	VST_PTH_CD	입원 경로에 따른 구분자를 기재 1 외래 2 응급실 3 전원 9 기타	E
	an(500)	VST_PTH_ETC_TXT	1. 입원경로가 '9. 기타'인 경우, 평문으로 기재	A
2. 주소		TBL_CC		
99 1) 주소	an(8000)	CC_TXT	환자가 주소하는 증상 등을 평문으로 기재	E
	an(500)	OCUR_ERA_TXT	발병시기를 평문으로 기재	C
3. 현병력	an(8000)	CUR_HOC_TXT	입원 당시 질병상태 등을 평문으로 기재	E
4. 약물 이상반응				
1) 약물 이상반응 여부	an(1)	ALRG_YN	진료 당시 환자가 알고 있었거나 진료 중 발생한 약물 이상반응 여부에 따른 구분코드를 기재 ※ 1) 약물 이상반응 여부가 '1: Yes' 인 경우, '2) 약물 이상반응 내용' 항목 필수 기재 1 Yes 2 No 3 확인불가	E
2) 약물 이상반응 내용	an(8000)	ALRG_TXT	1) 약물 이상반응 여부가 '1. Yes'인 경우, 이상반응을 일으키는 약물, 이상반응의 형태, 발생시기 등을 평문으로 기재	A
5. 과거력	an(8000)	ANMN_TXT	환자의 기저질환, 항암치료 등 과거병력이 있는 경우 해당 내용을 평문으로 기재	E
6. 수술력		TBL_ANMN_SOPR		
99 1) 수술명	an(400)	ANMN_SOPR_NM	과거 수술 경험이 있는 경우 해당 수술명을 기재	C
	an(8000)	ANMN_SOPR_TXT	수술일자 등 해당 수술에 관련된 내용을 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분								
7. 약물 복용력												
1) 약물복용 여부	an(1)	MDS_DOS_YN	현재 환자의 약물복용 여부에 따른 구분코드를 기재 ※ 1) 약물복용 여부가 '1: Yes' 인 경우, '2) 약물 종류' 항목 필수 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 Yes</td> <td style="width: 33%;">2 No</td> <td style="width: 33%;">3 확인불가</td> </tr> </table>	1 Yes	2 No	3 확인불가	E					
1 Yes	2 No	3 확인불가										
2) 약물 종류	an(100)	MDS_KND_CD	(다중선택가능) 1) 약물복용 여부가 '1. Yes'인 경우, 해당 복용 약물의 성분명에 따라 구분코드를 기재하되, 복용 약물이 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 • (예시) 고혈압약제, 당뇨병용제를 동시에 복용한 경우: 1/2 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 고혈압약제</td> <td style="width: 50%;">5 항혈전제</td> </tr> <tr> <td>2 당뇨병용제</td> <td>6 면역억제제</td> </tr> <tr> <td>3 항결핵약제</td> <td>7 항암제</td> </tr> <tr> <td>4 고지혈증치료제</td> <td>9 기타</td> </tr> </table>	1 고혈압약제	5 항혈전제	2 당뇨병용제	6 면역억제제	3 항결핵약제	7 항암제	4 고지혈증치료제	9 기타	A
1 고혈압약제	5 항혈전제											
2 당뇨병용제	6 면역억제제											
3 항결핵약제	7 항암제											
4 고지혈증치료제	9 기타											
7-2-1. 약물종류 상세	an(8000)	MDS_ETC_TXT	2) 약물 종류가 '9. 기타'인 경우 복용 약물의 명칭을 평문으로 기재	C								
8. 개인력												
1) 음주												
8-1-1. 음주 여부	an(1)	DRNK_YN	음주 여부에 따라 구분코드를 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 Yes</td> <td style="width: 33%;">2 No</td> <td style="width: 33%;">3 확인불가</td> </tr> </table>	1 Yes	2 No	3 확인불가	C					
1 Yes	2 No	3 확인불가										
8-1-2. 음주 내용	an(8000)	DRNK_TXT	술 종류, 음주량 등 음주 관련 추가 기재사항이 있는 경우 평문으로 기재	C								
2) 흡연												
8-2-1. 흡연 여부	an(1)	SMKN_YN	흡연 여부에 따라 구분코드를 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 Yes</td> <td style="width: 33%;">2 No</td> <td style="width: 33%;">3 확인불가</td> </tr> </table>	1 Yes	2 No	3 확인불가	C					
1 Yes	2 No	3 확인불가										
8-2-2. 흡연 내용	an(8000)	SMKN_TXT	흡연상태, 흡연기간 등 흡연 관련 추가 기재사항이 있는 경우 평문으로 기재	C								
9. 가족력												
1) 가족력 여부	an(1)	FMHS_YN	가족력이 있는 경우 1. Yes 기재함 가족력 여부가 '1. Yes' 경우, '2) 가족력 내용' 항목을 필수 입력하여야 함 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 Yes</td> <td style="width: 50%;">2 No</td> </tr> </table>	1 Yes	2 No	E						
1 Yes	2 No											
2) 가족력 내용	an(8000)	FMHS_TXT	1) 가족력 여부가 '1. Yes'인 경우, 가족력 관련 내용을 평문으로 기재	A								
10. 계통문진	CLOB	ROS_TXT	계통별 문진소견(Review of System)을 평문으로 기재	E								
11. 신체검진	CLOB	PHBD_MEDE_XM_TXT	신체검진(Physical Examination) 기록을 평문으로 기재	E								
12. 문제목록 및 평가	CLOB	PRBM_LIST_TXT	문제목록 및 의사의 판단, 소견 등을 평문으로 기재	E								
13. 초기진단		TBL_EARLY_DIAG	※ 주상병은 '상병분류기호' 첫 번째 자리(제1단의 상병에만 기재)									
99	1) 확진 여부	an(1)	EARLY_FDEC_DIAG_YN	확진 상병인 경우 '1. 확진', 의심되는 상병(Rule out)인 경우 '2. 의증'을 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 확진</td> <td style="width: 50%;">2 의증</td> </tr> </table>	1 확진	2 의증	E					
	1 확진	2 의증										
	2) 진단명	an(400)	EARLY_DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E							
3) 상병분류기호	an(6)	EARLY_DIAG_SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	C								
14. 치료계획 (Plan)	an(8000)	TRET_PLAN_TXT	앞으로의 진단과 치료에 대한 계획 및 목표 등을 평문으로 기재	E								
C. 기타 정보												
1. 타병원 진료 내용	an(400)	OIST_TRET_NM	타병원에서 진료를 받고 입원한 경우, 타병원 치료 날짜, 치료명 등을 평문으로 기재	C								
2. 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 신장이 172.3cm인 경우: 172.3	C								

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분		
3. 체중	n(3.1)	BWGT	체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재 • (예시) 체중이 56.5kg인 경우: 56.5	C		
4. 의식상태	an(1)	CNCS_STAT_CD	의식상태에 따라 구분자를 기재	C		
			1 Alert		3 Stupor	5 Coma
			2 Drowsy		4 Semicoma	
5. 활력징후 등		TBL_VTSG				
99+	1) 측정일시	an(12)	VTSG_MASR_DT	활력징후를 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 측정된 경우: 202007010000	C	
	2) 혈압	an(7)	VTSG_BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80	C	
	3) 맥박	n(3)	VTSG_PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80	C	
	4) 호흡	n(3)	VTSG_BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 20회인 경우: 20	C	
	5) 체온	n(2.1)	VTSG_TMPR	체온을 섭씨온도(°C) 단위로 기재 • (예시) 36.4	C	
	6) 산소포화도	n(3)	VTSG_OXY_STRT	산소포화도를 퍼센트(%) 단위로 기재 • (예시) 97	C	
	7) 혈당	n(3)	VTSG_BLSG	혈당 수치를 밀리그램 퍼 데시리터(mg/dl) 단위로 기재 • (예시) 110	C	
	8) 특이사항	an(8000)	VTSG_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C	
6. 통증 평가						
1) 도구	an(1)	ASM_TL_CD	통증평가도구 종류에 해당하는 구분자를 기재	C		
			1 NRS(숫자 통증 등급)			
			9 기타			
			통증평가도구 기타 상세		an(400)	ASM_TL_ETC_TXT
2) 결과	an(8000)	ASM_RST_TXT	통증 평가 결과를 기재 • (예시) NRS 3점인 경우: 3	C		
3) 참고사항	an(8000)	ASM_RMK_TXT	통증 부위, 양상, 빈도 등 추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C		
7. 환자 상태 척도		TBL_PTNT_STAT_SCL				
99	1) 도구	an(400)	MASR_TL_NM	환자상태를 측정하기 위해 사용한 도구를 평문으로 기재 • (예시) Modified Rankin Scale(mRS), Child-Pugh Class, Glasgow Coma Scale	C	
	2) 결과	an(8000)	MASR_RST_TXT	사용한 도구의 환자상태 측정 결과를 평문으로 기재 • (예시) 1+, 10, 4점/4점/5점(13점)	C	
	3) 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C	
8. 신경학적 검사		TBL_NRLG_EXM				
99	1) 평가영역	an(2)	EXM_TRIT_CD	신경학적 검사 평가영역에 해당하는 구분코드를 기재	C	
			01 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가	05 반사기능 검사		
			02 뇌신경 검사	06 소뇌 및 전정기능 검사		
			03 사지 운동기능 검사	07 보행장애 검사		
			04 사지 감각기능 검사	99 기타		
2) 검사내용	an(8000)	NRLG_EXM_TXT	해당하는 검사명, 검사 내용 등을 평문으로 기재 • (예시) Finger to nose test, Romberg test 등	C		
3) 검사결과	an(8000)	EXM_RST_TXT	해당 평가영역의 검사 결과를 평문으로 기재	C		

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
9. 산과력				
1) 폐경 여부	an(1)	MNPS_CD	폐경인 경우 '1. Yes', 폐경이 아닌 경우 '2. No' 기재 0 해당없음 1 Yes 2 No 9 기타	C
폐경여부 기타상세	an(8000)	MNPS_ETC_TXT	1) 폐경 여부가 '9. 기타'인 경우, 폐경 관련 기타 내용 등을 평문으로 기재	C
2) 최종 월경 시작일(LMP)	an(500)	LAST_MNST_STA_DD_TXT	최종 월경 시작일(LMP, Last Menstrual Period)을 평문으로 기재	C
3) 임신 여부	an(1)	CUR_PREG_STAT_CD	현재 임신 중인 경우 '1. Yes', 임신 중이 아닌 경우 '2. No' 기재 0 해당없음 1 Yes 2 No 9 기타	C
임신 여부 기타상세	an(8000)	PREG_ETC_TXT	3) 임신 여부가 '9. 기타'인 경우, 임신 관련 기타 내용 등을 평문으로 기재	C
9-3-1. 임신 주수	r(2)/r(1)	PREG_WKCN	임신주수를 기재하되 주단위와 일단위로 기재 형태(주 일) 에 맞춰 해당 내용을 기재 • (예시) 33주 2일인 경우: 33/2	C
9-3-2. 분만예정일(EDC)	an(500)	PARTU_EPT_DD_TXT	분만예정일(EDC, Expected date of confinement)을 기재	C
4) 임신출산력				
9-4-1. 민삭분만	n(2)	PRTR_PARTU_FQ	민삭분만(Term birth)의 총 횟수를 기재	C
9-4-2. 조기분만	n(2)	PBTH_FQ	조기분만(Preterm birth)의 총 횟수를 기재	C
9-4-3. 유산	n(2)	MCRG_TOT_FQ	유산한 총 횟수를 기재	C
9-4-4. 생존아 수	n(2)	SRVV_CHLD_TOT_CNT	생존아(Living children) 총 수를 기재	C
9-4-5. 참고사항	an(8000)	CHBIR_RMK_TXT	임신출산력 관련 기타 내용 등을 평문으로 기재	C
D. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99+'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

8 입원경과기록자료(RIP001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RIP001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
최초 입원일시	an(12)	IPAT_DT	최초 입원한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 입원한 경우: 202007010000	E	
B. 진단 및 처치 등					
1. 진단					
99	1) 상병분류구분	an(1)	SICK_TP_CD	진단명에 따른 상병분류구분을 기재 1. 주상병: 진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병 2. 부상병: 진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생한 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병 3. 배제 상병	C
				1 주상병	
	2) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E
	3) 상병분류기호	an(6)	DIAG_SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘.’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략	C
2. 시술·처치 및 수술					
99+	1) 시행일시	an(12)	SOPR_ENFC_DT	시술·처치 및 수술을 시행한 날짜와 시간을 기재하되, 2가지 이상 실시한 경우 발생일시 순서대로 작성 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 수술 한 경우: 202007010000	E
	2) 시술·처치 및 수술명	an(400)	SOPR_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 시술·처치 및 수술 명칭을 기재	E
	3) ICD-9-CM volume3	an(5)	SOPR_MED_BHV_DIV_CD	국제의료행위분류(ICD-9-CM volume3, International Classification of Diseases, 9th Edition, Clinical Modification) 코드 기재 • (예시) Right hemicolectomy인 경우: 45.73	C
	4) 수가코드	an(9)	SOPR_MDFFEE_CD	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가 코드를 기재	C
3. 약물이상반응					
1)	약물이상반응 여부	an(1)	ALRG_YN	진료당시 환자가 알고 있었거나, 진료 중 발생한 약물이상반응 여부에 따른 구분코드를 기재	E
				1 Yes	
2)	약물이상반응 내용	an(8000)	ALRG_TXT	약물이상반응 여부가 1. Yes인 경우 이상반응을 일으키는 약물, 이상반응의 형태, 발생시기 등을 평문으로 기재	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
C. 입원 경과				
	입원경과		TBL_IPAT_ELAPS	
99+	1. 진료일자	an(8)	DIAG_DD 해당 진료를 받은 진료일자를 기재 • 유형: ccyyymmdd	E
	2. 진료과			
	1) 진료과목	an(2)	DGSBJT_CD 실제 진료를 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
	내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD * 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
	3. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM 담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등)의 성명을 기재	E
	4. 신체정보			
	1) 신장	n(3.1)	HEIG 신장을 센티미터(cm)단위로 기재	C
	2) 체중	n(3.1)	BWGT 체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재	C
	5. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM 해당 기록지를 작성한 의사의 성명을 기재	E
	6. 작성일시	an(12)	WRT_DT 해당 기록지를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E
7. 주관적 정보 (Subjective) & 객관적 정보 (Objective) & 평가 (Assessment)	CLOB	PRBM_LIST_TXT 주관적정보(환자 또는 직계 가족이 제공하는 주소, 증상, 병력 등 주관적인 정보), 객관적 정보(환자조사 결과, 임상검사 소견 등에서 얻어지는 객관적인 정보) 등 문제목록 및 의사의 판단, 소견을 평문으로 기재	E	
8. 치료계획(Plan)	an(8000)	TRET_PLAN_TXT 앞으로의 진단과 치료에 대한 계획 및 목표 등을 평문으로 기재	E	
D. 추가 정보				
	1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM 정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO 항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID 의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM 의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT 해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM 항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

9] 외래초진기록자료(ROO001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분			
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재							
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ROO001	E			
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E			
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E			
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E			
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E			
A. 기본 정보							
1. 진료일시	an(12)	DIAG_DT	외래 진료 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 진료한 경우: 202007010000	E			
2. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	진료 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E			
내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 진료 받은 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A			
3. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM	외래 진료를 담당한 의사(진료한 진료과목의 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등)의 성명을 기재	E			
4. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	외래초진기록자료를 작성한 의사의 성명을 기재	E			
5. 작성일시	an(12)	WRT_DT	외래초진기록자료를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E			
B. 외래 정보							
1. 주소		TBL_CC					
99 1) 주소	an(8000)	CC_TXT	환자가 호소하는 증상 등을 평문으로 기재	E			
2) 발생시기	an(500)	OCUR_ERA_TXT	발생시기를 평문으로 기재	C			
2. 현병력	an(8000)	CUR_HOC_TXT	진료 당시의 질병상태 등을 평문으로 기재	E			
3. 약물 이상반응							
1) 약물 이상반응 여부	an(1)	ALRG_YN	진료 당시 환자가 알고 있었거나 진료 중 발생한 약물 이상반응 여부에 따른 구분코드를 기재 ※ 1) 약물 이상반응 여부가 '1. Yes' 인 경우, '2) 약물 이상반응 내용' 항목 필수 기재	E			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 Yes</td> <td style="width: 33%;">2 No</td> <td style="width: 33%;">3 확인불가</td> </tr> </table>				1 Yes	2 No	3 확인불가	
1 Yes	2 No	3 확인불가					
2) 약물 이상반응 내용	an(8000)	ALRG_TXT	약물 이상반응 여부가 '1. Yes'인 경우, 이상반응을 일으키는 약물, 이상반응의 형태, 발생시기 등을 평문으로 기재	A			
4. 과거력	an(8000)	ANMN_TXT	환자의 기저질환, 항암치료 등 과거병력이 있는 경우 해당 내용을 평문으로 기재	E			
5. 수술력		TBL_ANMN_SOPR					
99 1) 수술명	an(400)	ANMN_SOPR_NM	과거 수술 경험이 있는 경우 해당 수술명을 기재	C			
2) 비고	an(8000)	ANMN_SOPR_TXT	수술일자 등 해당 수술에 관련된 내용을 기재	C			
6. 약물 복용력							
1) 약물복용 여부	an(1)	MDS_DOS_YN	현재 환자의 약물복용 여부에 따른 구분코드를 기재 ※ 1) 약물복용 여부가 '1. Yes' 인 경우, '2) 약물 종류' 항목을 필수 입력하여야 함	E			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 Yes</td> <td style="width: 33%;">2 No</td> <td style="width: 33%;">3 확인불가</td> </tr> </table>				1 Yes	2 No	3 확인불가	
1 Yes	2 No	3 확인불가					

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
2) 약물 종류	an(100)	MDS_KND_CD	(다중선택가능) 1) 약물복용 여부가 '1. Yes'인 경우, 복용 약물의 성분명 에 따라 구분코드를 기재하되, 복용 약물이 2개 이상인 경우 "/"로 구분 하여 기재 • (예시) 고혈압약제, 당뇨병용제를 동시에 복용한 경우: 1/2 1 고혈압약제 5 항혈전제 2 당뇨병용제 6 면역억제제 3 항결핵약제 7 항암제 4 고지혈증치료제 9 기타	A	
약물종류 기타상세	an(8000)	MDS_ETC_TXT	2) 약물 종류가 '9. 기타'인 경우, 복용 약물의 명칭을 평문으로 기재	C	
7. 개인력					
1) 음주					
7-1-1. 음주 여부	an(1)	DRNK_YN	음주 여부에 따라 구분코드를 기재 1 Yes 2 No 3 확인불가	C	
7-1-2. 음주 내용	an(8000)	DRNK_TXT	술 종류, 음주량 등 음주 관련 추가 기재사항이 있는 경우 평문으로 기재	C	
2) 흡연					
7-2-1. 흡연 여부	an(1)	SMKN_YN	흡연 여부에 따라 구분코드를 기재 1 Yes 2 No 3 확인불가	C	
7-2-2. 흡연 내용	an(8000)	SMKN_TXT	흡연상태, 흡연기간 등 흡연 관련 추가 기재사항이 있는 경우 평문으 로 기재	C	
8. 가족력					
1) 가족력 여부	an(1)	FMHS_YN	가족력이 있는 경우 '1. Yes' 기재함 1) 가족력 여부가 '1.Yes'인 경우 '2) 가족력 내용' 항목을 필수 입력 하여야 함 1 Yes 2 No	E	
2) 가족력 내용	an(8000)	FMHS_TXT	1) 가족력 여부가 '1. Yes'인 경우, 가족력 관련 내용을 평문으로 기재	A	
9. 계통문진	CLOB	ROS_TXT	계통별 문진소견(Review of System)을 평문으로 기재	E	
10. 신체검진	CLOB	PHBD_MEDE XM_TXT	신체검진(Physical Examination) 기록을 평문으로 기재	E	
11. 문제목록 및 평가	CLOB	PRBM_LIST_ TXT	문제목록 및 의사의 판단, 소견 등을 평문으로 기재	E	
12. 초기진단		TBL_EARLY_ DIAG	※ 주상병은 '상병분류기호' 첫 번째 자리(제1단)의 상병에만 기재		
99	1) 확진 여부	an(1)	EARLY_FDEC _DIAG_YN	확진 상병인 경우 '1. 확진', 의심되는 상병(Rule out)인 경우 '2. 의 증을 기재 1 확진 2 의증	E
	2) 진단명	an(400)	EARLY_DIAG _NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E
	3) 상병분류기호	an(6)	EARLY_DIAG _SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기 호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '*' 또는 '*' 등 특수 기호는 기재 생략	C
13. 치료계획	an(8000)	TRET_PLAN_ TXT	앞으로의 진단과 치료에 대한 계획 및 목표 등을 평문으로 기재	E	
C. 기타 정보					
1. 타병원 진료 내용		TBL_OIST_ TRET	타병원에서 치료를 받고 온 경우 작성		
99	1) 진료일	an(8)	OIST_TRET_ DD	타병원에서 시행한 진료 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	C
	2) 진료 내용	an(400)	OIST_TRET_ NM	타병원에서 받은 치료 명칭 또는 진료 내용을 기재	C
2. 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 신장이 172.3cm인 경우: 172.3	C	
3. 체중	n(3.1)	BWGT	체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재 • (예시) 체중이 56.5kg인 경우: 56.5	C	

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
4. 활력징후 등		TBL_VTSG		
99+ 1) 측정일시 2) 혈압 3) 맥박 4) 호흡 5) 체온 6) 산소포화도 7) 혈당 8) 특이사항	an(12)	VTSG_MASR_DT	활력징후를 측정할 날짜와 시간을 기재 • 유형 : ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 측정할 경우: 202007010000	C
	an(7)	VTSG_BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80	C
	n(3)	VTSG_PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80	C
	n(3)	VTSG_BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 20회인 경우: 20	C
	n(2.1)	VTSG_TMPR	체온을 섭씨온도(°C) 단위로 기재 • (예시) 36.4	C
	n(3)	VTSG_OXY_STRT	산소포화도를 퍼센트(%) 단위로 기재 • (예시) 97	C
	n(3)	VTSG_BLSG	혈당 수치를 밀리그램 퍼 데시리터(mg/dl) 단위로 기재 • (예시) 110	C
	an(8000)	VTSG_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
5. 통증 평가				
1) 도구 통증평가도구 기타상세	an(1)	ASM_TL_CD	통증평가도구 종류에 해당하는 구분자를 기재 1 NRS(숫자 통증 등급) 9 기타	C
	an(400)	ASM_TL_ETC_TXT	1) 도구가 '9. 기타' 인 경우, 사용한 통증평가 도구명을 평문으로 기재	C
	an(8000)	ASM_RST_TXT	통증 평가 결과를 기재 • (예시) NRS 3점인 경우: 3	C
	an(8000)	ASM_RMK_TXT	통증 부위, 양상, 빈도 등 추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
6. 환자 상태 척도		TBL_PTNT_STAT_SCL		
99 1) 도구 2) 결과 3) 참고사항	an(400)	MASR_TL_NM	환자상태를 측정하기 위해 사용한 도구를 평문으로 기재 • (예시) Modified Rankin Scale(mRS), Child-Pugh Class, Glasgow ComaScale	C
	an(8000)	MASR_RST_TXT	사용한 도구의 환자상태 측정 결과를 평문으로 기재 • (예시) 1+,10,4점/4점/5점(13점)	C
	an(8000)	RMK_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
7. 신경학적 검사		TBL_NRLG_EXM		
99 1) 평가영역 2) 검사내용 3) 검사결과	an(2)	EXM_TRIT_CD	신경학적 검사 평가영역에 해당하는 구분코드를 기재 01 의식수준 및 대뇌 고위기능 평가 02 뇌신경 검사 03 사지 운동기능 검사 04 사지 감각기능 검사 05 반사기능 검사 06 소뇌 및 전정기능 검사 07 보행장애 검사 99 기타	C
	an(8000)	NRLG_EXM_TXT	해당하는 검사명, 검사 내용 등을 평문으로 기재 • (예시) Finger to nose test, Romberg test 등	C
	an(8000)	EXM_RST_TXT	해당 평가영역의 검사 결과를 평문으로 기재	C
8. 신생물		TBL_NPLS		
99 1) 암병기 설정일 2) 종양종류 3) 임상 암병기 8-3-1. 암병기 Stage	an(8)	CNR_STGN_SETUP_DD	암병기를 설정한 날짜를 기재 • 유형: ccyymmdd • (예시) 2020년 7월 1일 설정한 경우: 20200701	C
	an(1)	TMR_KND_CD	1 원발성 2 재발성 9 기타	C
	an(400)	TMR_KND_ETC_TXT	2) 종양종류가 '9:기타' 인 경우, 종양 종류에 해당하는 내용을 평문으로 기재	C
	an(3)	CNR_STGN_ST1_TXT	확인된 병기 Stage 분류를 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
8-3-2. TNM 분류					
T	an(3)	CNR_STGN_ND2_TXT	확인된 병기 TNM 중 'T'에 해당하는 분류를 기재 • (예시) T2a	C	
N	an(3)	CNR_STGN_RD3_TXT	확인된 병기 TNM 중 'N'에 해당하는 분류를 기재 • (예시) N2	C	
M	an(3)	CNR_STGN_TH4_TXT	확인된 병기 TNM 중 'M'에 해당하는 분류를 기재 • (예시) M0	C	
9. 산과력					
1) 폐경 여부	an(1)	MNPS_CD	폐경인 경우 '1. Yes', 폐경이 아닌 경우 '2. No' 기재 0 해당없음 1 Yes 2 No 9 기타	C	
폐경 여부 기타상세	an(8000)	MNPS_ETC_TXT	1) 폐경 여부가 '9. 기타'인 경우, 폐경 관련 기타 내용 등을 평문으로 기재	C	
2) 최종 월경 시작일(LMP)	an(500)	LAST_MNST_STA_DD_TXT	최종 월경 시작일(LMP, Last Menstrual Period)을 평문으로 기재	C	
3) 임신 여부	an(1)	CUR_PREG_STAT_CD	현재 임신 중인 경우 '1. Yes', 임신 중이 아닌 경우 '2. No' 기재 0 해당없음 1 Yes 2 No 9 기타	C	
임신 여부 기타상세	an(8000)	PREG_ETC_TXT	3) 임신 여부가 '9. 기타'인 경우, 임신 관련 기타 내용 등을 평문으로 기재	C	
9-3-1. 임신 주수	n(2)/r(1)	PREG_WKCN	임신주수를 기재하되 주단위와 일단위로 기재 형태(주 일)에 맞춰 해당 내용을 기재 • (예시) 33주 2일인 경우: 33/2	C	
9-3-2. 분만예정일(EDC)	an(500)	PARTU_EPT_DD_TXT	분만예정일(EDC, Expected date of confinement)을 기재	C	
4) 임신출산력					
9-4-1. 만삭분만	n(2)	PRTR_PARTU_FQ	만삭분만(Term birth)의 총 횟수를 기재	C	
9-4-2. 조기분만	n(2)	PBTH_FQ	조기분만(Preterm birth)의 총 횟수를 기재	C	
9-4-3. 유산	n(2)	MCRG_TOT_FQ	유산한 총 횟수를 기재	C	
9-4-4. 생존아 수	n(2)	SRVV_CHLD_TOT_CNT	생존아(Living children) 총 수를 기재	C	
9-4-5. 참고사항	an(8000)	CHBIR_RMK_TXT	임신출산력 관련 기타 내용 등을 평문으로 기재	C	
D. 추가 정보					
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZ_ITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재		
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

10 외래경과기록자료(ROP001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분			
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재							
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ROP001	E			
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E			
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E			
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E			
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E			
A. 기본 정보							
1. 진료일시	an(12)	DIAG_DT	진료를 받은 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E			
2. 진료과 내과 세부전문과목	an(2)	DGSBJT_CD	진료를 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E			
	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A			
3. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM	담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등의) 성명을 기재	E			
4. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	외래 경과 기록을 작성한 의사의 성명을 기재	E			
5. 작성일시	an(12)	WRT_DT	외래 경과 기록을 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E			
B. 외래 경과							
1. 주관적 정보 (Subjective) & 객관적 정보 (Objective) & 평가 (Assessment)	CLOB	PRBM_LIST_TXT	Subjective(환자 또는 직계 가족이 제공하는 주소, 증상, 병력 등 주관적인 정보), Objective(환자조사 결과, 임상검사 소견 등에서 얻어지는 객관적인 정보) 등 문제목록 및 의사의 판단, 소견을 평문으로 기재	E			
2. 치료계획 (Plan)	an(8000)	TRET_PLAN_TXT	앞으로의 진단과 치료에 대한 계획 및 목표 등을 평문으로 기재	E			
3. 진단		TBL_DIAG					
99 1) 상병분류구분	an(1)	SICK_TP_CD	• 진단명에 따른 상병분류구분을 기재 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생된 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제 상병	E			
					1 주상병	2 부상병	3 배제 상병
					2) 진단명	an(400)	DIAG_NM
3) 상병분류기호	an(6)	DIAG_SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	C			
4. 시술·처치 및 수술		TBL_MOPR_SOPR	시술·처치 및 수술 내역이 없는 경우 '-' 입력				
99+ 1) 시행일시	an(12)	SOPR_ENFC	시술 및 처치를 시행한 날짜와 시간을 기재하되, 2가지 이상 실시한	E			

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분						
		_DT	경우 발생일 순서대로 작성 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 시행한 경우: 202007010000							
2) 시술·처치 및 수술명	an(400)	SOPR_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 시술·처치 명칭을 기재	E						
3) ICD-9-CM volume3	an(5)	SOPR_MED_BHV_DIV_CD	국제의료행위분류(ICD-9-CM volume3, International Classification of Diseases, 9th Edition, Clinical Modification) 코드 기재 • (예시) Right hemicolectomy 인 경우: 45.73	C						
4) 수가코드	an(9)	SOPR_MDFEE_CD	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가코드를 기재	C						
5. 약물 이상반응										
1) 약물 이상반응 여부	an(1)	ALRG_YN	진료 당시 환자가 알고 있었거나, 진료 중 발생한 약물 이상반응 여부에 해당하는 구분코드를 기재 약물 이상반응 여부가 1: 'Yes'인 경우 '5-1-1. 약물 이상반응 내용' 항목을 필수 입력하여야 함	E						
			<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Yes</td> <td>2</td> <td>No</td> <td>3</td> <td>확인불가</td> </tr> </table>	1	Yes	2	No	3	확인불가	
1	Yes	2	No	3	확인불가					
5-1-1. 약물 이상반응 내용	an(8000)	ALRG_TXT	이상반응을 일으키는 약물, 이상반응의 형태, 발생시기 등을 평문으로 기재	A						
C. 기타 정보										
1. 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 신장이 172.3cm인 경우: 172.3	C						
2. 체중	n(3.1)	BWGT	체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재 • (예시) 체중이 56.5kg인 경우: 56.5	C						
3. 첨부	image	APND_DATA_NO	진료내역과 관련된 이미지(pdf/jpg/gif/png/zip/xlsx/hwp/pptx 등) 파일 첨부	C						
D. 추가 정보										
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재							
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C						
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C						
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C						
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C						
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C						
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99+'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)										

11 중환자실기록자료(RWI001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RWI001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 최초 입실일시	an(12)	FST_IPAT_DT	최초 입실한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 입실한 경우: 202007010000	E
2. 진단		TBL_DIAG		
99 1) 상병분류구분	an(1)	SICK_TP_CD	• 진단명에 따른 상병분류구분을 기재 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생한 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제 상병	C
			1 주상병 2 부상병 3 배제 상병	
2) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E
3) 상병분류기호	an(6)	DIAG_SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	C
B. 중환자실 입·퇴실 정보				
중환자실 입·퇴실 정보		TBL_IPAT_DS CG		
99 1. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM	담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등의) 성명을 기재	E
2. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	진료 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SP C_SBJT_CD	* 진료 받은 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
3. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	중환자실기록자료를 작성한 의사의 성명을 기재	E
4. 입실				
1) 입실일시	an(12)	SPRM_IPAT_DT	중환자실에 입실한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 입실한 경우: 202007010000	E
2) 입실경로	an(1)	SPRM_IPAT_PTH_CD	입실경로에 해당하는 구분코드를 기재	E
			1 수술실 4 분만실 2 응급실 5 타병동에서 전실 3 외래 9 기타	
입실경로 기타상세	an(500)	IPAT_PTH_ETC_TXT	2) 입실경로가 '9. 기타'인 경우, 해당내용을 평문으로 기재	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분																		
3) 입실사유	an(100)	SPRM_IPAT_RS_CD	(다중선택가능) 해당 중환자실 입실사유에 따라 구분코드를 기재하되, 사유가 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 <ul style="list-style-type: none"> (예시) '상태 악화되어 집중관찰' 및 '특수한 치료 또는 관리가 필요한 경우'인 경우:1/2 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>상태 악화되어 집중관찰</td></tr> <tr><td>2</td><td>특수한 치료 또는 관리가 필요한 경우</td></tr> <tr><td>3</td><td>수술이나 시술 후 집중관찰</td></tr> <tr><td>4</td><td>의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실</td></tr> <tr><td>9</td><td>기타</td></tr> </table>	1	상태 악화되어 집중관찰	2	특수한 치료 또는 관리가 필요한 경우	3	수술이나 시술 후 집중관찰	4	의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실	9	기타	E								
1	상태 악화되어 집중관찰																					
2	특수한 치료 또는 관리가 필요한 경우																					
3	수술이나 시술 후 집중관찰																					
4	의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실																					
9	기타																					
입실사유 재입실사유	an(8000)	RE_IPAT_RS_TXT	3) 입실사유가 '4. 의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실'인 경우, 해당 재입실 사유를 평문으로 기재	A																		
입실사유 기타상세	an(8000)	IPAT_RS_ETC_TXT	3) 입실사유가 '9. 기타' 인 경우, 해당내용을 평문으로 기재	C																		
5. 퇴실																						
1) 퇴실 상태	an(2)	SPRM_DSCG_RST_CD	퇴실 상태에 해당하는 구분자를 기재 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>01</td><td>퇴원</td> <td>04</td><td>전실(신생아실)</td> <td>07</td><td>뇌사판정(이식)</td> </tr> <tr> <td>02</td><td>전실(병동)</td> <td>05</td><td>전원</td> <td>08</td><td>계속 입원</td> </tr> <tr> <td>03</td><td>전실(ICU)</td> <td>06</td><td>사망</td> <td>99</td><td>기타</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ※ 1) 퇴실 상태가 '06. 사망'인 경우, 2) 사망 현황 항목 필수 입력하여야 함 ※ 1) 퇴실 상태가 '08. 계속 입원'이 아닌 경우, 3) 퇴실일시 항목 필수 기재 	01	퇴원	04	전실(신생아실)	07	뇌사판정(이식)	02	전실(병동)	05	전원	08	계속 입원	03	전실(ICU)	06	사망	99	기타	E
01	퇴원	04	전실(신생아실)	07	뇌사판정(이식)																	
02	전실(병동)	05	전원	08	계속 입원																	
03	전실(ICU)	06	사망	99	기타																	
퇴실 현황 기타상세	an(400)	DSCG_RST_TXT	1) 퇴실 상태가 '99. 기타'인 경우, 해당내용을 평문으로 기재	A																		
2) 사망 현황																						
5-2-1. 사망 일시	an(12)	DEATH_DT	1) 퇴실 상태가 '06. 사망'인 경우, 사망한 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 <ul style="list-style-type: none"> 유형: ccyymmddhhmm 	A																		
5-2-2. 원사인 상병분류 기호	an(6)	DEATH_SICK_SYM	1) 퇴실 상태가 '06. 사망'인 경우, 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '*' 또는 '**' 등 특수기호는 기재 생략	A																		
5-2-3. 사망 진단명	an(400)	DEATH_DIAG_NM	1) 퇴실 상태가 '06. 사망'인 경우, 사망을 진단한 의사가 부여한 진단 명칭을 기재(해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭)	A																		
3) 퇴실일시	an(12)	SPRM_DSCG_DT	1) 퇴실 상태가 '08. 계속 입원'이 아닌 경우, 중환자실에서 실제 퇴실한 날짜와 시간을 기재하되, 사망 시에는 사망한 날짜와 시간을 기재 <ul style="list-style-type: none"> 유형: ccyymmddhhmm 	A																		
C. 중환자실 관찰 기록																						
1. 활력징후 및 신체계측		TBL_VTSG																				
99+ 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	활력징후 및 신체계측을 시행한 날짜와 시간을 기재 <ul style="list-style-type: none"> 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 (예시) 2020년 7월 1일 측정된 경우: 202007010000 	C																		
2) 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm)단위로 기재 <ul style="list-style-type: none"> (예시) 신장이 172.3cm인 경우: 172.3 	C																		
3) 체중	n(3.1)	BWGT	체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재 <ul style="list-style-type: none"> (예시) 체중이 56.5kg인 경우: 56.5 	C																		
4) 혈압	an(7)	BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) <ul style="list-style-type: none"> (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80 	C																		
5) 맥박	n(3)	PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) <ul style="list-style-type: none"> (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80 	C																		
6) 호흡	n(3)	BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) <ul style="list-style-type: none"> (예시) 분당 호흡 횟수가 20회인 경우: 20 	C																		

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분														
7) 체온	n(2.1)	TMPR	체온을 섭씨온도(°C) 단위로 기재 • (예시) 36.4	C														
8) 산소포화도	n(3)	OXY_STRT	산소포화도를 퍼센트(%) 단위로 기재 • (예시) 97	C														
9) 혈당	n(3)	BLSG	혈당 수치를 밀리그램 퍼 데시리터(mg/dl) 단위로 기재 • (예시) 110	C														
10) 특이사항	an(8000)	VTSG_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C														
2. 의식상태		TBL_CNCS_STAT																
99+ 1) 측정일시	n(12)	MASR_DT	의식상태를 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 측정된 경우: 202007010000	C														
2) 의식상태	an(1)	CNCS_STAT_CD	의식상태에 따라 구분자를 기재 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>Alert</td> <td>3</td><td>Stupor</td> <td>5</td><td>Coma</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>Drowsy</td> <td>4</td><td>Semicoma</td> <td></td><td></td> </tr> </table>	1	Alert	3	Stupor	5	Coma	2	Drowsy	4	Semicoma			C		
1	Alert	3	Stupor	5	Coma													
2	Drowsy	4	Semicoma															
3. Glasgow Coma Scale		TBL_GCS																
99+ 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	의식장애 척도(GCS)를 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm 각 항목에 해당하는 구분코드를 기재	C														
2) 눈뜨기 기능	an(1)	EYOP_PNT	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>1점</td> <td>2</td><td>2점</td> <td>3</td><td>3점</td> <td>4</td><td>4점</td> <td>5</td><td>NT</td> </tr> </table>	1	1점	2	2점	3	3점	4	4점	5	NT	C				
1	1점	2	2점	3	3점	4	4점	5	NT									
3) 언어 기능	an(1)	LNGG_PNT	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>1점</td> <td>2</td><td>2점</td> <td>3</td><td>3점</td> <td>4</td><td>4점</td> <td>5</td><td>5점</td> <td>6</td><td>NT</td> </tr> </table>	1	1점	2	2점	3	3점	4	4점	5	5점	6	NT	C		
1	1점	2	2점	3	3점	4	4점	5	5점	6	NT							
4) 운동 기능	an(1)	LCMN_PNT	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>1점</td> <td>2</td><td>2점</td> <td>3</td><td>3점</td> <td>4</td><td>4점</td> <td>5</td><td>5점</td> <td>6</td><td>6점</td> <td>7</td><td>NT</td> </tr> </table>	1	1점	2	2점	3	3점	4	4점	5	5점	6	6점	7	NT	C
1	1점	2	2점	3	3점	4	4점	5	5점	6	6점	7	NT					
4. 동공반사		TBL_PPL_RFLC																
99+ 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	동공반사를 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C														
2) 우안	an(50)	PPL_RGHT_RFLC_TXT	오른쪽 눈(OD)의 동공반사 결과(크기, 반응)를 기재 • (예시): prompt, sluggish, pinpoint 등	C														
3) 좌안	an(50)	PPL_LEFT_RFLC_TXT	왼쪽 눈(OS)의 동공반사 결과(크기, 반응)를 기재 • (예시): prompt, sluggish, pinpoint 등	C														
5. Motor grade		TBL_MTGR																
99+ 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	motor grade를 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C														
2) motor grade	an(50)	MTGR_RST_TXT	motor grade를 측정한 결과를 기재 • (예시): Grade 5, 4점, 중력에 대한 운동 가능	C														
6. 기타 관찰기록		TBL_OBSR_CD																
99+ 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	기타 관찰기록을 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C														
2) 항목명	an(400)	RCD_CZITM_NM	기타 관찰기록 항목명을 평문으로 기재 • (예시): 중심정맥압(CVP), 중심정맥산소포화도(ScvO2), 심박출량(CO) 등	C														
3) 관찰내용	CLOB	RCD_TXT	기타 관찰기록 내용(값, 단위)을 평문으로 기재 • (예시): 8cmH ₂ O 등	C														
4) 특이사항	an(8000)	RMK_TXT	기타 관찰기록 내용에 대한 특이사항이 있는 경우 평문으로 기재	C														
7. 섭취량 & 배설량		TBL_IGSN_PROD																
99+ 1) 측정시작일시	an(12)	MASR_STA_DT	섭취량, 배설량 측정을 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C														
2) 측정종료일시	an(12)	MASR_END_DT	섭취량, 배설량 측정을 종료한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C														

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
3) 섭취량				
7-3-1. 총량	n(6)	IGSN_TOT_QTY	해당 시간동안 계산된 섭취 총량을 기재	C
7-3-2. 정맥	n(5)	IGSN_VIN_QTY	해당 시간동안 정맥주입 총량을 기재	C
7-3-3. 기타	n(5)	IGSN_ETC_QTY	해당 시간동안 정맥주입을 제외한 기타섭취 총량을 기재	C
4) 배설량				
7-4-1. 총량	n(6)	PROD_TOT_QTY	해당 시간동안 계산된 배설 총량을 기재	C
7-4-2. 배뇨	n(5)	PROD_URNN_QTY	해당 시간동안 소변배설 총량을 기재	C
7-4-3. 기타	n(5)	PROD_ETC_QTY	해당 시간동안 소변배설을 제외한 기타배설 총량을 기재	C
5) 특이사항	an(8000)	RMK_TXT	경로별 섭취, 배설량 등 기타 특이사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
8. 간호기록		TBL_CARE_RCD		
99+ 1) 기록일시	an(12)	RCD_DT	간호기록을 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
2) 간호기록	CLOB	RCD_TXT	간호기록의 내용을 평문으로 기재	C
3) 간호사 성명	an(50)	NURSE_NM	해당 간호기록을 작성한 간호사의 성명을 기재	C
D. 기타 정보				
1. 인공호흡기				
1) 적용 여부	an(1)	ATFL_RPRT_ENFC_YN	입실기간 동안 인공호흡기 적용 여부에 따른 구분코드를 기재 1 Yes 2 No	E
2) 적용 기간		TBL_ATFL_RPRT		
99+ 1-2-1. 시작일시	an(12)	ATFL_RPRT_STA_DT	인공호흡기 해당 유형의 적용을 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
1-2-2. 종료일시	an(12)	ATFL_RPRT_END_DT	인공호흡기 해당 유형의 적용을 종료한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm - 인공호흡기를 계속 적용하는 상태로 퇴실하는 경우 퇴실일시를 종료일시로 기재 - 중환자실 '계속 입원'인 경우 999912310000로 기재	C
1-2-3. 유형	an(400)	ATFL_RPRT_NM	인공호흡기 유형 명칭을 평문으로 기재 • (예시) PSV mode, SIMV mode, 고빈도 진동 호흡모드, CPAP mode 등	C
1-2-4. 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	기타 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
2. 산소요법				
1) 적용 여부	an(1)	OXY_CURE_YN	입실기간 동안 산소요법 적용 여부에 따른 구분코드를 기재 1 Yes 2 No	E
2) 적용 기간		TBL_OXY_CURE		
99+ 2-2-1. 시작일시	an(12)	OXY_CURE_STA_DT	해당 유형의 산소요법 적용을 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
2-2-2. 종료일시	an(12)	OXY_CURE_END_DT	해당 유형의 산소요법 적용을 종료한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm - 산소요법을 계속 적용하는 상태로 퇴실하는 경우 퇴실일을 종료일로 기재 - 중환자실 '계속 입원'인 경우 999912310000로 기재	C
2-2-3. 유형	an(400)	OXY_CURE_NM	산소요법 유형 명칭을 평문으로 기재 • (예시) Nasal Catheter, Incubator Oxygen 25%, 가온가습고유량비강캐놀라요법 등	C
2-2-4. 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	기타 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
3. 삽입관				
1) 적용 여부	an(1)	CNNL_ENFC_YN	입실기간 동안 삽입관 적용 여부에 따른 구분코드를 기재 1 Yes 2 No	E
2) 적용기간		TBL_CNNL		
99+ 3-2-1. 종류	an(400)	CNNL_KND_TXT	해당 삽입관의 종류를 기재 • (예시) 중심정맥삽입관, PICC 등	C
3-2-2. 삽입일시	an(12)	CNNL_INS_DT	Catheter 삽입한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
3-2-3. 제거일시	an(12)	CNNL_DEL_DT	Catheter 제거한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
3-2-4. 부위	an(400)	CNNL_RGN_NM	Catheter를 삽입한 부위를 기재 • (예시) Rt. Subclavian, Rt. Femoral 등	C
3-2-5. 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	삽입부위, 크기, 깊이 등 기타 내용을 평문으로 기재	C
4. 배액관				
1) 적용 여부	an(1)	DRN_ENFC_YN	입실기간 동안 배액관 적용 여부에 따른 구분코드를 기재 1 Yes 2 No	E
2) 적용기간		TBL_DRN		
99+ 4-2-1. 종류	an(400)	DRN_TUBE_NM	해당 배액관의 종류를 기재 • (예시) L-tube, EVD 등	C
4-2-2. 삽입일시	an(12)	DRN_INS_DT	해당 배액관 삽입한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
4-2-3. 제거일시	an(12)	DRN_DEL_DT	해당 배액관 제거한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
4-2-4. 부위	an(400)	DRN_RGN_NM	해당 배액관을 삽입한 부위를 기재 • (예시) Nasal, head 등	C
4-2-5. 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	삽입부위, 크기, 깊이 등 기타 내용을 평문으로 기재	C
5. 특수 처치		TBL_SPCL_TRET		
99+ 1) 특수 처치	an(2)	SPCL_TRET_CD	입실기간 동안 시행한 특수 처치에 따라 구분코드를 기재 00 해당없음 01 ECMO 02 신대체요법 99 기타	E
특수 처치 기타 상세	an(500)	SPCL_TRET_ETC_TXT	1) 특수 처치가 '99. 기타'인 경우, 해당내용을 평문으로 기재	A
2) 시작일시	an(12)	SPCL_TRET_STA_DT	해당 특수 처치를 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
3) 종료일시	an(12)	SPCL_TRET_END_DT	해당 특수 처치를 종료한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
4) 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	기타 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
6. Continuous Monitor		TBL_CNTN_MNTR		
99+ 1) 모니터링 종류	an(2)	MNTR_KND_CD	입실기간동안 시행한 모니터링에 따라 구분코드를 기재 00 해당없음 02 EKG Monitor 04 Continuous EEG Monitor 01 ABP Monitor 03 O2 Saturation Monitor 99 기타	E
모니터링 종류 기타 상세	an(500)	MNTR_KND_ETC_TXT	1) 모니터링 종류가 '99. 기타'인 경우, 해당 내용을 평문으로 기재	C
2) 시작일시	an(12)	MNTR_STA_DT	해당 모니터링을 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
3) 종료일시	an(12)	MNTR_END_DT	해당 모니터링을 종료한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
4) 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	기타 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분												
7. 영양		TBL_NTRN														
99+ 1) 시행일자	an(8)	NTRN_ENFC_DD	음식 등 해당 영양을 시행한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd • (예시) 2020년 7월 1일의 경우: 20200701	C												
2) 종류	an(100)	NTRN_KND_CD	(다중선택가능) 해당 날짜의 시행한 영양을 모두 기재하되, 종류가 2개 이상인 경우 '/'로 구분하여 기재 • (예시) 음식과 총정맥영양(TPN)을 시행한 경우: 01/04 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>01</td> <td>음식</td> <td>03</td> <td>경장 영양</td> <td>99</td> <td>기타</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>경구 영양</td> <td>04</td> <td>총정맥영양(TPN)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	01	음식	03	경장 영양	99	기타	02	경구 영양	04	총정맥영양(TPN)			C
01	음식	03	경장 영양	99	기타											
02	경구 영양	04	총정맥영양(TPN)													
종류 기타 상세	an(500)	NTRN_KND_ETC_TXT	2) 종류가 '99. 기타'인 경우, 해당 내용을 평문으로 기재	C												
8. 중증도 분류																
1) 중증도 점수 여부	an(1)	SGRD_PNT_YN	중증도 점수 여부에 따라 구분코드를 기재 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td> <td>Yes</td> <td>2</td> <td>No</td> </tr> </table>	1	Yes	2	No	E								
1	Yes	2	No													
8-1-1. 종류	an(1)	SGRD_RVSN_TL_CD	사용한 중증도 보정도구의 구분코드를 기재 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td> <td>APACHE* II</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>APACHE III</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>SAPS**2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>SAPS 3</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>기타</td> </tr> </table> * Acute Physiology and chronic Health Evaluation ** Simplified acute physiology score	1	APACHE* II	2	APACHE III	3	SAPS**2	4	SAPS 3	9	기타	A		
1	APACHE* II															
2	APACHE III															
3	SAPS**2															
4	SAPS 3															
9	기타															
중증도보정도구 종류상세	an(500)	SGRD_RVSN_TL_TXT	8-1-1. 종류가 '1~4.' 인 경우, 각각의 점수를 기재 8-1-1. 종류가 '9. 기타'인 경우, 중증도보정도구의 명칭 및 점수를 평문으로 기재	A												
9. 첨부	image	APND_DATA_NO	중환자실기록 내용과 관련된 이미지(pdf/jpg/gif/png/zip/xlsx/hwp/pptx 등) 파일 첨부	C												
E. 추가 정보																
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재													
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C												
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C												
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C												
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C												
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C												
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)																

12 협의진료기록자료(RCC001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분		
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재						
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RCC001	E		
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E		
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E		
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E		
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E		
A. 의뢰						
1. 의뢰일시	an(12)	REQ_DT	협의진료를 의뢰한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 의뢰한 경우: 202007010000	E		
2. 진단		TBL_REQ_DIAG				
99 1) 상병분류구분	an(1)	SICK_TP_CD	진단명에 따른 상병분류구분을 기재 1. 주상병: 진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병 2. 부상병: 진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생한 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병 3. 배제 상병	E		
			1 주상병		2 부상병	3 배제 상병
			2) 진단명		an(400)	DIAG_NM
3) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	E		
3. 의뢰내용	CLOB	REQ_TXT	의뢰 내용을 평문으로 기재	E		
4. 의뢰과						
1) 진료과목	an(2)	REQ_DGSBJT_CD	해당 협의진료를 의뢰한 의사의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E		
내과 세부전문과목	an(2)	REQ_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A		
5. 의뢰의사 성명	an(50)	REQ_DR_NM	의뢰의사의 성명을 기재	E		
6. 의뢰의사 면허종류	an(1)	REQ_DR_LCS_KND_CD	의뢰의사의 면허종류 구분자를 기재	C		
			1 의사		2 치과의사	3 한의사
B. 회신						
1. 회신일시	an(12)	RPY_DT	회신한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 회신한 경우: 202007010000	E		
2. 진단		TBL_RPY_DIAG				
99 1) 상병분류구분	an(1)	SICK_TP_CD	진단명에 따른 상병분류구분을 기재 1. 주상병: 진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병 2. 부상병: 진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생한 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병 3. 배제 상병	C		
			1 주상병		2 부상병	3 배제 상병

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
2) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	C
3) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘•’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략	C
3. 회신내용	CLOB	RPY_TXT	회신 내용을 평문으로 기재	E
4. 회신과				
1) 진료과목	an(2)	RPY_DGSBJT_CD	해당 협의진료를 회신한 의사의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
내과 세부전문과목	an(2)	RPY_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
5. 회신의사 성명	an(50)	RPY_DR_NM	회신의사의 성명을 기재	E
6. 회신의사 면허종류	an(1)	RPY_DR_LCS_KND_CD	회신의사의 면허종류 구분자를 기재 1 의사 2 치과의사 3 한의사	C
C. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

13 마취기록자료(RAA001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RAA001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 마취 시작일시	an(12)	NCT_STA_DT	마취를 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
2. 마취 종료일시	an(12)	NCT_END_DT	마취를 종료한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
3. 수술 시작일시	an(12)	SOPR_STA_DT	수술을 시작한 날짜와 시간을 기재(절개 시작 시각) • 유형: ccyyymmddhhmm	E
4. 수술 종료일시	an(12)	SOPR_END_DT	수술을 종료한 날짜와 시간을 기재(봉합 종료 시각) • 유형: ccyyymmddhhmm	E
5. 마취통증의학과 전문의		TBL_NCT_SDR		
99 1) 성명	an(50)	NCT_SDR_NM	해당 마취를 전담하여 직접 실시한 마취통증의학과 전문의의 성명을 기재	E
	an(10)	NCT_SDR_LCS_NO	해당 마취를 전담하여 직접 실시한 마취통증의학과 전문의의 면허번호를 기재	C
6. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	해당 기록지를 작성한 의사의 성명을 기재	E
7. 작성일시	an(12)	WRT_DT	해당 기록지를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
B. 마취 전 정보				
1. 수술		TBL_SOPR		
99 1) 수술명	an(400)	SOPR_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 시술·처치 명칭을 기재	E
	an(9)	MDFEE_CD	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가 코드를 기재, 수가코드를 기재할 수 없는 경우 '-' 입력	E
	an(5)	SOPR_MED_BHV_DIV_CD	국제의료행위분류(ICD-9-CM volume3, International Classification of Diseases, 9th Edition, Clinical Modification) 코드 기재 • (예시) Right hemicolectomy인 경우: 45.73	C
2. 진단		TBL_DIAG		
99 1) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E
	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	C
3. 마취형태	an(1)	NCT_FRM_CD	마취형태 구분코드를 기재 • 구분코드 1 정규(Electiv) 2 응급(Emergency)	E
4. ASA 점수	an(1)	ASA_PNT	마취 전 ASA(American Society of Anesthesiologist's) 점수*를 기재하되 2개 이상의 항목에 해당하는 경우 숫자가 큰 점수를 표기 * 마취과 의사가 수술 전에 환자상태를 평가하여 부여하는 점수 • 구분코드	E

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
			1 정상(Class 1) 2 경증질환/정상활동 가능(Class 2) 3 중증질환/활동제한(Class 3) 4 생명위험 중증질환(Class 4) 5 수술하지 않으면 사망예상(Class 5) 6 이식수술(Class 6) 7 기록없음 8 응급	
5. 신체정보				
1) 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm)단위로 기재	C
2) 체중	n(3.1)	BWGT	체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재	C
C. 마취 중 정보				
1. 마취방법	an(100)	NCT_MTH_CD	(다중선택가능) 마취방법에 해당하는 구분코드를 기재 • 유형(2개 이상의 경우는 다음과 같이 기재) • (예시) 01/03/07/08... • 구분코드 01 정맥내 전신마취 02 정맥마취_부위(국소)마취 03 정맥마취_감시하전신마취 04 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 05 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취 06 척수마취 07 경막외마취 08 상박신경총마취 09 척추경막외마취 99 기타	E
마취방법상세	an(500)	NCT_MTH_ETC_TXT	마취방법이 99. 기타인 경우 평문으로 기재	C
2. 마취 중 감시				
1) 마취 중 감시여부	an(1)	NCT_MIDD_MNTR_YN	마취 중 환자 감시여부를 기재 1 Yes 2 No	E
2-1-1. 종류	an(100)	NCT_MNTR_KND_CD	(다중선택가능) 마취중 환자 감시여부가 1.Yes인 경우 마취 중 감시 행위에 해당하는 구분코드를 기재 • (예시) 01/02... • 구분코드 01 중심정맥압감시 02 침습적동맥압감시 03 말초산소포화도감시 04 파형변이지수감시 05 순환기능감시 06 신경생리추적감시 07 신경근감시 08 대뇌산소포화도감시 99 기타	A
마취 중 감시 종류상세	an(500)	MNTR_ETC_TXT	종류가 99. 기타인 경우 감시종류를 평문으로 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분												
3. 활력징후		TBL_VTSG	해당 내용이 없는 경우 '-' 입력													
99+	1) 측정일시	an(12)	MASR_DT 활력징후를 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E												
	2) 혈압	an(7)	BPRSU 수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80	C												
	3) 맥박	n(3)	PULS 1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80	C												
	4) 호흡	n(3)	BRT 1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 20회인 경우: 20	C												
	5) 체온	n(2.1)	TMPR 체온을 섭씨온도(°C)단위로 기재 • (예시) 36.6	E												
4. 마취 중 감시측정		TBL_MIDD_MNTR														
99+	1) 측정일시	an(12)	MASR_DT 마취 중 감시를 측정한 날짜와 시간을 기재, 마취 중 감시를 측정하지 않은 경우 '-' 입력 • 유형: ccyymmddhhmm	E												
	2) 산소포화도	n(3)	OXY_STRT 산소포화도를 퍼센트(%) 단위로 기재 • (예시) 97	C												
	3) 대뇌 산소포화도	n(3)	CRBR_OXY_STRT 대뇌피질산소포화도감시(Cerebral Oxygen Saturation Monitoring) 할 경우 % 단위로 기재	C												
	4) TOF	an(1)	NRRT_CNDC_CD 마취 중 감시 2-2-1. 종류에서 07.신경근감시 적용 시 해당하는 구분코드를 기재, 해당내용이 없는 경우 '-' 입력	A												
	ratio 상세	n(3)	NRRT_CNDC_RT TOF 항목 코드중 1. ratio를 선택 한 경우 % 단위로 기재	A												
	count 상세	an(3)	NRRT_CNDC_CNT TOF 항목 코드중 2. count를 선택 한 경우 기재 • (예시) 1 or 1/4	A												
	5) BIS	n(3)	BIS_CNT 바이스펙트랄지수감시(BIS, Bispectral index monitoring)시 기재	C												
	6) CO	n(2.1)	CROT_CNT 심박출량 (CO, Cardiac output) 측정 시 L단위로 기재	C												
	7) CVP	n(3)	CVP_CNT 중심정맥압(CVP, Central venous pressure) 측정 시 cmH ₂ O단위로 기재	C												
8) 특이사항	an(8000)	RMK_TXT 추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C													
5. 마취 중 투약		TBL_SOPR_MIDD_MDCT	※ 비급여 수술에 사용된 약제도 포함하여 기재													
99+	1) 분류	an(1)	NCT_KND_CD 마취약물 종류에 해당하는 코드 기재 • 구분코드	E												
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>흡입마취제</td></tr> <tr><td>2</td><td>정맥마취제</td></tr> <tr><td>3</td><td>신경근차단제</td></tr> <tr><td>4</td><td>국소마취제</td></tr> <tr><td>5</td><td>근이완역전제</td></tr> <tr><td>9</td><td>기타</td></tr> </table>	1	흡입마취제	2	정맥마취제	3	신경근차단제	4	국소마취제	5	근이완역전제	9	기타	
	1	흡입마취제														
	2	정맥마취제														
	3	신경근차단제														
	4	국소마취제														
5	근이완역전제															
9	기타															
2) 투약일시	an(12)	MDCT_DT 마취 중 약물(마취약제 포함)의 투여 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E													
3) 종료일시	an(12)	CNTN_MDCT_END_DT 지속적으로 투약하는 약물의 경우 투여 종료일시 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	C													
4) 약품명	an(400)	MDS_NM 해당 의료기관 내에서 부여한 약품명칭을 기재 • (예시) 녹십자-알부민주20%	E													
5) 약품코드	an(9)	MDS_CD 「약제급여목록 및 급여상한금액표」의 제품코드를 기재 • (예시) 64360041	C													

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
6) 1회투약량	n(5.4)	FQ1_MDCT_QTY	1회 투약량을 기재(소수 다섯째자리인 경우, 4사 5입하여 소수 넷째 자리까지 기재) • (예시1) 6 • (예시2) 3.3334	E	
7) 단위	an(500)	MDS_UNIT_TXT	1회 투약량에 관한 단위 기재 • (예시1) ml • (예시2) mg	C	
6. 섭취량 & 배설량			해당 마취동안 측정된 Total I/O 기재, 측정하지 않았을 경우 '-' 기재		
1) 섭취량(Intake)					
6-1-1. 총량	n(6)	IGSN_TOT_QTY	해당 마취동안 측정된 섭취 총량을 기재	E	
6-1-2. 수액	n(5)	IGSN_IFSL_QTY	해당 마취동안 주입된 수액의 총량을 ml 단위로 기재	E	
6-1-3. 수혈		TBL_BLTS	수혈 한 경우에 수혈종류별 총량을 기재		
99	혈액종류	an(500)	BLTS_KND_TX T	수혈한 혈액 종류를 평균으로 기재 • (예시) RBC	E
	수혈량	n(5)	BLTS_QTY	총 수혈량을 ml단위로 기재	E
2) 배설량 (Output)					
6-2-1. 총량	n(6)	PROD_TOT_QTY	해당 마취동안 측정된 배설 총량을 기재	E	
6-2-2. 배뇨	n(5)	PROD_URNN_QTY	해당 마취동안 소변배설 총량을 ml 단위로 기재	E	
6-2-3. 실혈	n(5)	PROD_HMRHG_QTY	해당 마취동안 측정된 출혈 총량을 ml 단위로 기재	E	
6-2-4. 기타	n(5)	PROD_ETC_QTY	해당 마취동안 소변, 출혈을 제외한 기타 배설 총량을 기재	C	
7. 마취관련 기록		TBL_NCT_RCD	해당 내용이 없는 경우 '-' 입력		
99	1) 발생일시	an(12)	OCUR_DT	특이사항이 발생한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
	2) 내용	CLOB	RCD_TXT	마취 중 특이사항 등을 평균으로 기재	E
D. 기타 정보					
1. PCA	an(8000)	PCA_TXT	PCA 처방 시 관련 약물 및 내용 등을 평균으로 입력	C	
2. 첨부	image	APND_DATA_NO	해당 마취와 관련된 이미지 파일 첨부	C	
E. 추가 정보					
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재		
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

14 회복기록자료(RAR001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RAR001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 회복실 도착일시	an(12)	RCRM_IPAT_DT	회복실에 도착한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E
2. 회복실 퇴실일시	an(12)	RCRM_DSCG_DT	회복실을 퇴실한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E
3. 퇴실 결정 의사 성명	an(50)	DSCG_DEC_DR_NM	회복실 퇴실을 결정한 담당 마취통증의학과 의사 성명 기재	E
4. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	해당 기록지를 최종으로 작성한 간호사 성명을 기재	E
5. 작성일시	an(12)	WRT_DT	해당 기록지를 최종으로 작성한 날짜 및 시각을 기재	E
B. 세부 정보				
1. 활력징후		TBL_VTSG	해당 내용이 없는 경우 '-' 입력	
99+ 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	활력징후를 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E
2) 혈압	an(7)	BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80	C
3) 맥박	n(3)	PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80	C
4) 호흡	n(3)	BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 20회인 경우: 20	C
5) 체온	n(2.1)	TMPR	체온을 섭씨온도(°C)단위로 기재 • (예시) 36.6	E
6) 산소포화도	n(3)	OXY_STRT	산소포화도를 퍼센트(%) 단위로 기재 • (예시) 97	C
7) 특이사항	an(8000)	VTSG_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
2. 약제투여		TBL_INJC_MDS		
99 1) 약품코드	an(9)	MDS_CD	「약제급여목록 및 급여상한금액표」의 제품코드를 기재 • (예시) 64360041	C
2) 약품명	an(400)	MDS_NM	해당의료기관 내에서 부여한 약품명칭을 기재 • (예시) 녹십자-알부민주20%	C
3) 1회 투약량	an(5.4)	FQ1_MDCT_QTY	1회 투약량을 기재(소수 다섯째자리인 경우, 4사 5입하여 소수 넷째자리까지 기재) • (예시1) 6 • (예시2) 3.3334	C
4) 단위	an(500)	MDS_UNIT_TXT	1회 투약량에 관한 단위 기재 • (예시1) ml • (예시2) mg	C
3. 평가				
1) 통증평가				
3-1-1. 통증평가 실시여부	an(1)	PAIN_ASM_YN	통증평가 실시 여부에 따른 코드 기재 1 Yes 2 No	E
통증평가상세		TBL_PAIN_ASM	통증평가 실시 여부가 1.Yes인 경우 기재	

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
99	3-1-2. 평가일시	an(12)	EXEC_DT 통증평가를 실시한 날짜와 시간을 기재 • 유형 : ccyyymmddhhmm	A	
	3-1-3. 통증평가 도구	an(1)	PAIN_ASM_TL_CD	통증평가도구 종류에 해당하는 구분자를 기재 • 구분코드	A
				1 NRS(Numeric Rating Scale)	
				2 VAS(visual analogue scale)	
				3 FPRS(Faces pain rating scale)	
				4 FLACC(Face, Legs, Activity, Cry and Consolability)	
9 기타					
도구 상세	an(400)	ASM_TL_ETC_TXT	통증평가도구가 9. 기타 인 경우, 통증평가도구 종류를 평문으로 기재	A	
3-1-4. 결과	an(8000)	ASM_RST_TXT	해당 통증평가도구에 따른 점수를 기재	A	
2) 오심구도평가					
3-2-1. 오심구도 평가실시여부	an(1)	EMSS_ASM_YN	오심, 구도 평가 실시여부를 기재	E	
			1 Yes 2 No		
오심구도 평가상세		TBL_EMSS_ASM	오심구도 평가 실시여부가 1.Yes인 경우 기재		
99	3-2-2. 평가일시	an(12)	EXEC_DT 오심구도 평가를 실시한 날짜와 시간을 기재 • 유형 : ccyyymmddhhmm	A	
	3-2-3. 결과	an(8000)	ASM_RST_TXT 평가를 실시한 경우, 평가점수 및 내용 등을 평문으로 기재	A	
4. PCA		an(8000)	PCA_TXT	PCA 종류, 약물 등 관련 내용을 평문으로 기재	C
C. Post-Anesthetic Recovery Score					
	마취회복점수		TBL_NCT_RCOV		
99	1. 측정일시	an(12)	MASR_DT 마취회복점수를 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형 : ccyyymmddhhmm	E	
	2. 마취회복점수			각 항목에 해당하는 점수(0~2점)를 기재	
	1) 활동성	n(1)	ACTV_PNT	0~2	E
	2) 호흡	n(1)	BRT_PNT	0~2	E
	3) 순환	n(1)	CRCL_PNT	0~2	E
	4) 의식	n(1)	CNSCS_PNT	0~2	E
	5) 피부색	n(1)	SKN_COLR_PNT	0~2	E
	3. 합계	n(2)	TOT_PNT	1) 활동성 ~ 5) 피부색 점수의 합계를 기재	E
D. 회복 중 특이사항					
	1. 특이사항		TBL_SPCL_ITE		
99	1) 발생일시	an(12)	OCUR_DT 특이사항이 발생한 날짜와 시간을 기재 • 유형 : ccyyymmddhhmm	C	
	2) 내용	CLOB	OCCUR_TXT	해당 내용을 평문으로 기재	C
E. 추가 정보					
99+	1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

15 간호정보조사자료(RNP001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RNP001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 입원일시	an(12)	IPAT_DT	입원한 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 입원한 경우: 202007010000	E
2. 진료과	an(2)	IPAT_DGSBJT_CD	입원한 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
3. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	간호정보조사자료 작성자의 성명을 기재	E
4. 작성일시	an(12)	WRT_DT	간호정보조사자료를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E
5. 입원경로	an(1)	VST_PTH_CD	입원경로에 해당하는 구분코드를 기재 1 외래 2 응급실 3 전원 9 기타	E
5-1. 입원경로 기타상세	an(500)	VST_PTH_ETC_TXT	입원경로가 '9. 기타'인 경우 상세내용을 기재	A
6. 환자구분	an(1)	PTNT_TP_CD	환자구분에 해당하는 구분코드를 기재 1 일반(신생아 제외) 2 신생아 (신생아는 「모자보건법」 제2조제4호에 의한 출생 후 28일 이내의 영유아를 말함)	E
7. 정보제공자		TBL_INFMM_OFFRR		
99 1) 성명	an(50)	INFMM_OFFRR_NM	정보제공자의 성명을 기재	C
2) 환자와의 관계	an(500)	PTNT_RLTN_TXT	환자와의 관계를 평문으로 기재	C
3) 전화번호	an(20)	TELNO	환자, 보호자 등 정보제공자의 전화번호를 기재	C
B. 일반 정보				
			A. 기본 정보의 환자구분코드가 '1: 일반(신생아 제외)'인 경우 필수 기재	
1. 입원동기	an(8000)	CC_TXT	주증상, 발병시기를 포함한 환자의 입원동기를 기재	A
2. 과거력	an(8000)	ANMN_TXT	환자의 과거병력이 있는 경우 해당 내용을 기재	A
3. 수술력	an(8000)	SOPR_HIST_TXT	과거 수술 경험이 있는 경우 해당 수술명, 수술일자 등 해당 수술에 관련된 내용을 기재	A
4. 최근 투약 상태	an(8000)	MDCT_STAT_TXT	복용중인 약물, 지침약, 예방접종력(소아) 등이 있는 경우 관련 내용을 평문으로 기재	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
5. 알레르기				
1) 알레르기 여부	an(1)	ALRG_YN	알레르기 여부에 해당하는 구분코드를 기재 1 Yes 2 No 3 확인불가	A
5-1-1. 알레르기 내용	an(8000)	ALRG_TXT	알레르기 여부가 '1: Yes'인 경우 알레르기의 원인물질, 증상 등 관련내용을 평문으로 기재	A
6. 가족력				
1) 가족력 내용	an(8000)	FMHS_TXT	가족력이 있는 경우 관련 내용을 평문으로 기재	C
7. 개인력				
1) 음주 여부	an(1)	DRNK_YN	음주 여부에 따라 구분코드를 기재 1 Yes 2 No 3 확인불가	C
7-1-1. 음주 내용	an(8000)	DRNK_TXT	술 종류, 음주량 등 음주 관련 추가 기재사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
2) 흡연 여부	an(1)	SMKN_YN	흡연 여부에 따라 구분코드를 기재 1 Yes 2 No 3 확인불가	C
7-2-1. 흡연 내용	an(8000)	SMKN_TXT	흡연상태, 흡연기간 등 흡연 관련 추가 기재사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
8. 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 신장이 172.3cm인 경우: 172.3	C
9. 입원시 체중	n(3.1)	BWGT	입원시 체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재 • (예시) 체중이 56.5kg인 경우: 56.5	C
10. 신체검진	CLOB	PHBD_MEDEXM_TXT	기형, 통증, 식욕, 체중변화, 수면상태, 대·소변, 활동상태 등 전반적인 신체검진 내용을 기재	C
11. 임신부 추가정보			임산부의 경우 11번 항목 추가기재	
1) 임신전 체중	n(3.1)	PREG_BF_BWGT	임신전 체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재 • (예시) 체중이 56.5kg인 경우: 56.5	C
2) 최종 월경 시작일	an(500)	LAST_MNSTA_DD_TXT	최종 월경 시작일(LMP, Last Menstrual Period)을 평문으로 기재	C
3) 임신주수	n(2)/n(1)	PREG_WKCN	임신주수를 기재하되 주단위와 일단위로 기재 형태(__주__일)에 맞춰 해당 내용을 기재 • (예시) 33주 2일인 경우, 33/2	C
4) 임신출산력				
11-4-1. 만삭분만	n(2)	PRTR_PARTU_FQ	만삭분만(Term birth)의 총 횟수를 기재	C
11-4-2. 조기분만	n(2)	PBTH_FQ	조기분만(Preterm birth)의 총 횟수를 기재	C
11-4-3. 유산	n(2)	MCRG_TOT_FQ	유산한 총 횟수를 기재	C
11-4-4. 생존아 수	n(2)	SRVW_CHLD_TOT_CNT	생존아(Living children) 총 수를 기재	C
11-4-5. 참고사항	an(8000)	CHBIR_RMK_TXT	임신출산력 관련 기타내용 등을 평문으로 기재	C
C. 신생아 정보				
			A. 기본 정보의 환자구분코드가 '2: 신생아'인 경우 필수 기재	
1. 출생일시	an(12)	BIRTH_DT	신생아 출생일시를 기재하되 출생일시를 모르는 경우 '000000000000'로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	A
2. 재태기간	n(2)/n(1)	FTUS_DEV_TRM	재태기간을 기재하되 주단위와 일단위로 기재 형태(__주__일)에 맞춰 해당 내용을 기재 • (예시) 37주 3일인 경우, 37/3	A
3. 분만형태	an(400)	PARTU_FRM_TXT	자연분만, 제왕절개 등의 분만형태를 평문으로 기재(NSVD, C/Sec 등으로 자유롭게 기재)	A
4. Apgar Score	n(2)/n(2)	APSC_PNT	1분과 5분의 해당 Apgar Score를 기재하되 기재 형태(1분__5분__)에 맞춰 해당 내용을 기재, 모르는 경우 '-' 입력 • (예시) Apgar Score가 1분 8점, 5분 9점인 경우: 8/9	A
5. 분만관련 특이사항	an(8000)	PARTU_TXT	산모의 VDRL, HIV, 임신성 당뇨, 조기파수, 분만 시 태변착색 등 분만관련 특이사항이 있는 경우 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
6. 활력징후 및 신체계측			간호정보조사자로 작성 당시의 활력징후 기입(입원 시 혹은 출생 시)	
6-1. 혈압	an(7)	NBY_BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 80, 이완기 60인 경우: 80/60	C
6-2. 맥박	n(3)	NBY_PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 120회인 경우: 120	C
6-3. 호흡	n(3)	NBY_BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 40회인 경우: 40	C
6-4. 체온	n(2.1)	NBY_TMPR	체온을 섭씨온도(°C) 단위로 기재 • (예시) 36.6	C
6-5. 산소포화도	n(3)	NBY_OXY_STRT	산소포화도를 퍼센트(%) 단위로 기재 • (예시) 97	C
6-6. 출생시 체중	an(5)	NBY_BIRTH_BWGT	체중을 그램(g) 단위로 기재, 출생체중을 모름 경우 '00000'으로 기재 • (예시) 체중이 2650g인 경우: 2650	C
6-7. 입실시 체중	an(5)	NBY_IPAT_BWGT	체중을 그램(g) 단위로 기재 • (예시) 체중이 2650g인 경우: 2650	C
7. 신체검진	CLOB	NBY_PHBD_MEDEXM_TXT	기형, 대·소변, 활동상태, 반사 등 전반적인 신체 검진내용을 기재	C
D. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

16 기타간호기록자료(RNO001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RNO001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
1. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	진료를 받은 주된 진료과목을 기재(입원의 경우 입원한 진료 과목을 기재) ※ (별첨) 진료과목 참조	E	
	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A	
B. 간호사정 및 평가					
99+ 1. 간호사정 및 평가		TBL_CARE_ASM	상처, 낙상, 욕창, 통증, 의식사정 등 간호사정 및 평가내용이 있는 경우 기재		
	평가일시	an(12)	EXEC_DT	간호사정 및 평가를 실시한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 실시한 경우: 202007010000	C
	도구	an(400)	ASM_TL_NM	사정 및 평가 도구명을 평문으로 기재 • (예시) GCS(Glasgow Coma Scale), NRS(Numeric Rating Scale) 등	C
	결과	an(8000)	ASM_RST_TXT	간호사정 및 평가의 내용, 결과를 평문으로 기재 • (예시) 3점, Left thigh 4cm laceration 등	C
2. 첨부	image	APND_DATA_NO	간호사정 및 평가 내용과 관련된 이미지(pdf/jpg/gif/png/zip/xlsx/hwp/pptx 등) 파일 첨부 • (예시) 상처, 욕창 사진 등	C	
C. 간호기록					
99+ 1. 간호기록		TBL_CARE_RCD	해당내용이 없는 경우 '-' 입력		
	1) 기록일시	an(12)	RCD_DT	간호기록을 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
	2) 간호기록	CLOB	RCD_TXT	간호기록의 내용을 평문으로 기재	E
3) 간호사 성명	an(50)	NURSE_NM	해당 간호기록을 작성한 간호사의 성명을 기재	E	
D. 추가 정보					
99+ 1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재		
	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C	
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

17 수술간호기록자료(RNS001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서관통정보 ※ □문서관통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RNS001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 수술실 입실일시	an(12)	OPRM_IPAT_DT	환자가 수술실에 입실한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
2. 수술실 퇴실일시	an(12)	OPRM_DSCG_DT	환자가 수술실을 퇴실한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
3. 수술 시작일시	an(12)	SOPR_STA_DT	수술을 시작한 날짜와 시간을 기재(절개 시작 시각) • 유형: ccyyymmddhhmm	E
4. 수술 종료일시	an(12)	SOPR_END_DT	수술을 종료한 날짜와 시간을 기재(봉합 종료 시각) • 유형: ccyyymmddhhmm	E
5. 소독 간호사 성명	an(50)	DSFN_NURSE_NM	소독 간호사의 성명을 기재	E
6. 순회 간호사 성명	an(50)	CRCL_NURSE_NM	순회 간호사의 성명을 기재	E
7. 작성일시	an(12)	WRT_DT	해당 수술간호기록지를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E
B. 수술 전 확인				
1. Time Out	an(1)	PTNT_POSI_CFR_YN	Time Out(환자이름, 수술명, 수술부위 등 환자확인) 시행 여부 기재 1 Yes 2 No	E
C. 수술 정보				
1. 수술부위	an(8000)	SOPR_RGN_TXT	수술부위를 평문으로 기재	C
2. 수술 전 진단		TBL_SOPR_B_F_DIAG		
99 1) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	C
2) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	C
3. 수술 후 진단		TBL_SOPR_AF_DIAG		
99 1) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	C
2) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	C
4. 수술명		TBL_SOPR_NM		
99 1) 수술명	an(400)	SOPR_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 시술·처치 및 수술 명칭을 기재	E
2) 수가코드	an(9)	MDFEE_CD	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가코드를 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
D. 수술 세부 정보					
1. 삽입관					
99	1) 종류	an(500)	CNNL_ETC_TXT	삽입관 종류를 평문으로 기재	C
	2) 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	삽입부위, 크기, 깊이 등 기타 내용을 평문으로 기재	C
2. 치료재료 및 고가소모품					
※ 비급여 수술에 사용된 치료재료도 포함하여 기재					
99	1) 재료코드	an(9)	TMCAT_CD	치료재료의 재료코드를 기재 • (예시) H30040019	C
	2) 재료명	an(400)	TMCAT_NM	치료재료의 품명을 기재 • (예시) Neuro Screw	C
	3) 규격	an(500)	NOM	치료재료의 규격을 기재 • (예시) Screw 4MM	C
	4) 수량	an(500)	QTY	사용한 개수를 기재	C
	5) 단위	an(500)	UNIT	단위 기재	C
3. 수술중 사용 약물					
99	1) 약품코드	an(9)	MDS_CD	「약제급여목록 및 급여상한금액표」의 제품코드를 기재 • (예시) 64360041	C
	2) 약품명	an(400)	MDS_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 약품 명칭을 기재 • (예시) 녹십자-알부민주20%	C
	3) 투여용량	n(5.4)	TOT_INJC_QTY	수술 중 사용한 약품 당 총 사용량을 기재	C
	4) 단위	an(500)	MDS_UNIT_TXT	투약량에 관한 단위 기재 • (예시) ml, ea, L	C
	5) 투여경로	an(500)	INJC_MTH_TXT	해당 약을 사용한 부위 및 경로 기재 • (부위예시) Brain • (경로예시) SC	C
4. 검체					
99	1) 검체종류	an(500)	SPCM_TY_TXT	검체 종류를 기재 • (예시1) 동결검체 • (예시2) 미생물검사	C
	2) 부위	an(500)	SPCM_RGN_TXT	해당 검체를 채취한 부위를 기재	C
	3) 개수	n(3)	SPCM_CNT	해당 검체의 총 개수를 기재	C
5. 사용장비명					
	an(400)	SOB_NM	수술시 사용한 장비를 평문으로 기재 • (예시) Navigator, Endoscope, Microscope	C	
6. 중요(특이)사항					
	an(8000)	RMK_TXT	수술 중 중요(특이)사항을 평문으로 기재	C	
E. 추가 정보					
1. 서식데이터					
정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재					
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

18 응급간호기록자료(RNE001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RNE001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	“-” 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
1. 응급실 도착일시	an(12)	EMRRM_IPAT_DT	환자가 응급실에 도착한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E	
2. 응급실 퇴실일시	an(12)	EMRRM_DSCG_DT	환자가 응급실에서 퇴실한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E	
3. 내원경로	an(1)	EMRRM_VST_PTH_CD	내원경로에 해당하는 구분코드를 기재 1 직접 내원 2 전원 3 외래에서 의뢰 9 기타	C	
3-1. 내원경로 상세	an(500)	VST_PTH_ETC_TXT	내원경로가 9. 기타인 경우 해당 내용을 평문으로 기재	C	
4. 내원동기 및 현상태	an(8000)	PTNT_STAT_TXT	내원동기 및 응급실 도착 당시 환자의 상태를 평문으로 기재 (KTAS 분류 작성 내용 등을 연동 가능)	C	
B. 응급 간호기록					
1. 환자상태 척도		TBL_PTNT_STAT_SCL			
99+	측정일시	an(12)	MASR_DT	측정일시를 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 측정할 경우: 202007010000	C
	도구	an(400)	MASR_TL_NM	통증평가, Glasgow Coma Scale 등 사용한 도구명을 기재	C
	결과	an(8000)	MASR_RST_TXT	평가 점수 등 척도에 따른 평가 결과를 기재	C
2. 활력징후		TBL_VTSG			
99+	1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	활력징후를 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
	2) 혈압	an(7)	BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80	C
	3) 맥박	n(3)	PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80	C
	4) 호흡	n(3)	BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 20회인 경우: 20	C
	5) 체온	n(2.1)	TMPR	체온을 섭씨온도(°C) 단위로 기재 • (예시) 36.6	C
	6) 산소포화도	n(3)	OXY_STRT	산소포화도를 퍼센트(%) 단위로 기재 • (예시) 97	C
	7) 혈당	n(3)	BLSG	혈당 수치를 밀리그램 퍼 데시리터(mg/dl) 단위로 기재 • (예시) 110	C
	8) 특이사항	an(8000)	VTSG_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
3. 처치 및 간호내용		TBL_CARE_RCD	해당내용이 없는 경우 '-' 입력	
99+	1) 기록일시	an(12)	RCD_DT 간호기록을 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
	2) 간호기록	CLOB	RCD_TXT 응급처치 및 간호기록 내용을 평문으로 기재	E
	3) 간호사 성명	an(50)	NURSE_NM 해당 간호기록을 작성한 간호사의 성명을 기재	E
C. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO 항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID 의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM 의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT 해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM 항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

19 의사지시기록자료(RDD001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RDD001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 진료형태	an(1)	IPAT_OPAT_TP_CD	환자의 진료형태 구분자를 기재 1 입원 2 외래	E
1) 입원일시	an(12)	IPAT_DT	1. 진료형태가 '1. 입원인 경우, 입원한 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 입원한 경우: 202007010000	A
2) 진료일시	an(12)	DIAG_DT	1. 진료형태가 '2. 외래인 경우, 진료한 날의 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	A
B. 의사지시기록				
의사 지시 기록		TBL_DR_IDCT_RCD		
99+ 1. 처방일시	an(12)	PRSC_DT	처방한 날의 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 처방한 경우: 202007010000	E
2. 처방내역	CLOB	PRSC_TXT	처방내역을 평문으로 기재 • (예시1) Brufen syr 20mg/ml (Ibuprofen) 5 ml [P.O] tid pc X2 Days : 따로 포장, 열이 38도 이상 지속 시 복용 시키세요 • (예시2) Abdomen Supine	E
3. 비고	an(8000)	RMK_TXT	추가 기술사항이 있는 경우, 해당 내용을 평문으로 기재	C
4. 처방 진료과				
1) 진료과목	an(2)	DGSBJT_CD	해당 처방을 시행한 의사의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 처방 진료과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
5. 처방의사 성명	an(50)	PRSC_DR_NM	처방한 의사의 성명을 기재	E
6. 실시 내역	an(8000)	EXEC_TXT	실제 처방을 시행한 내역이 있는 경우, 해당 내용을 평문으로 기재	C
C. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99+'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

20 임상관찰기록자료(RWW001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RWW001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
1. 진료일시	an(12)	DIAG_DT	진료를 받은 날짜와 시간을 기재(입원환자의 경우 최초 입원일시를 기재) • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 진료한 경우: 202007010000	E	
2. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	진료를 받은 주된 진료과목을 기재(입원의 경우 입원한 진료과목을 기재) ※ (별첨) 진료과목 참조	E	
내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A	
3. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	임상 관찰내용을 작성한 의료진의 성명을 기재	C	
B. 임상관찰기록					
1. 활력징후		TBL_VTSG			
99+	1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	활력징후를 측정된 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
	2) 혈압	an(7)	BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80	C
	3) 맥박	n(3)	PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80	C
	4) 호흡	n(3)	BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 20회인 경우: 20	C
	5) 체온	n(2.1)	TMPR	체온을 섭씨온도(°C) 단위로 기재 • (예시) 36.6	C
	6) 산소포화도	n(3)	OXY_STRT	산소포화도를 퍼센트(%) 단위로 기재 • (예시) 97	C
	7) 혈당	n(3)	BLSG	혈당 수치를 밀리그램 퍼 데시리터(mg/dl) 단위로 기재 • (예시) 110	C
	8) 특이사항	an(8000)	VTSG_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
	2. 신체계측		TBL_PHBD_MASR		
99+	1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	신체계측을 시행한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
	2) 체중	n(3.1)	BWGT	체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재 • (예시) 체중이 56.5kg인 경우: 56.5	C
	3) 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 신장이 172.3cm인 경우: 172.3	C
	4) 두위	n(3.1)	HEAD_CRCF	머리 둘레를 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 머리 둘레가 50.5cm인 경우: 50.5	C
	5) 흉위	n(3.1)	CHST_CRCF	가슴 둘레를 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 가슴 둘레가 100.5cm인 경우: 100.5	C
	6) 복위	n(3.1)	ABDM_CRCF	복부 둘레를 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 복부 둘레가 32.5cm인 경우: 32.5	C
	7) 특이사항	an(8000)	VTSG_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
3. 섭취량 & 배설량		TBL_IGSN_PROD		
99+ 1) 측정시작일시	an(12)	MASR_STA_DT	섭취량, 배설량 측정을 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
2) 측정종료일시	an(12)	MASR_END_DT	섭취량, 배설량 측정을 종료한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
3) 섭취량				
3-3-1. 총량	n(6)	IGSN_TOT_QTY	해당 시간동안 계산된 섭취 총량을 기재	C
3-3-2. 정맥	n(5)	IGSN_VIN_QTY	해당 시간동안 정맥주입 총량을 기재	C
3-3-3. 기타	n(5)	IGSN_ETC_QTY	해당 시간동안 정맥주입을 제외한 기타섭취 총량을 기재	C
4) 배설량				
3-4-1. 총량	n(6)	PROD_TOT_QTY	해당 시간동안 계산된 배설 총량을 기재	C
3-4-2. 배뇨	n(5)	PROD_URNN_QTY	해당 시간동안 소변배설 총량을 기재	C
3-4-3. 기타	n(5)	PROD_ETC_QTY	해당 시간동안 소변배설을 제외한 기타배설 총량을 기재	C
5) 특이사항	an(8000)	RMK_TXT	섭취, 배설 경로 등 기타 특이사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
4. 기타 관찰기록		TBL_OBSR_RCD		
99+ 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	기타 관찰기록을 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
2) 항목명	an(400)	RCD_CZITM_NM	기타 관찰기록 항목명을 평문으로 기재 • (예시) 중심정맥압(CVP), 중심정맥산소포화도(ScvO2), 심박출량(CO) 등	C
3) 관찰 내용	CLOB	RCD_TXT	기타 관찰기록 내용(값, 단위)을 평문으로 기재 • (예시) 8cmH.O 등	C
4) 특이사항	an(8000)	RMK_TXT	기타 관찰기록 내용에 대한 특이사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
5. 첨부	image	APND_DATA_NO	영상관찰기록 관련된 그래프, 표 등의 이미지(pdf/jpg/gif/png/zip/xlsx/hwp/pptx 등) 파일 첨부	C
C. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZ_ITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

21 투석기록자료(RNH001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)
- 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분		
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재						
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RNH001	E		
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E		
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E		
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E		
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E		
A. 기본 정보						
1. 진료과						
1) 진료과목	an(2)	DGSBJT_CD	실제 진료를 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E		
내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SP_C_SBJT_CD	* 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A		
2. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM	담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등)의 성명을 기재	E		
B. 환자 정보						
1. 진단						
99	1) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E	
	2) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병사인분류」의 분류기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘·’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략	C	
2. 투석 종류	an(100)	DLYS_KND_CD	(다중선택가능) 투석 종류에 해당하는 구분코드를 기재하되, 2개인 경우 "/"로 구분하여 기재 • (예시) HD 및 CRRT인 경우: 1/2 • 구분코드	E		
					1	혈액투석(Hemodialysis)
					2	지속적신대체요법(CRRT)
C. 혈액투석						
99	1. 혈액투석		TBL_BLDD	B-2. 투석종류 구분코드라 1. 혈액투석인 경우 기재		
	1) 시작일시	an(12)	BLDD_STA_DT	혈액투석을 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	A	
	2) 종료일시	an(12)	BLDD_END_DT	혈액투석을 종료한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	A	
	3) 건체중	n(3.1)	DLYS_BWGT	건체중(kg)을 소수점 둘째 자리에서 반올림하여 첫째자리 까지 입력 건체중을 설정하지 않은 경우 '-' 기재	A	
	4) 투석 전 체중	n(3.1)	BF_BWGT	투석 전 측정된 체중(kg)을 소수점 둘째 자리에서 반올림 하여 첫째 자리까지 입력 체중을 측정하지 못한 경우 '-'기재	A	
	5) 투석 후 체중	n(3.1)	AF_BWGT	투석 후 측정된 체중(kg)을 소수점 둘째 자리에서 반올림 하여 첫째 자리까지 입력 체중을 측정하지 못한 경우 '-'기재	A	
	6) 혈관통로	an(1)	BLDVE_CH_CD	혈관 통로에 해당하는 구분코드 기재 • 구분코드	A	
			1 AVF(자가혈관 동정맥루)			
			2 AVG(인조혈관 동정맥루)			
			3 카테터			
카테터 내용	an(500)	CATH_TXT	혈관통로 구분코드에서 3. 카테터를 선택한 경우 삽입한 카테터 종류 및 삽입일시 등을 평문으로 기재	C		

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
7) 목표수분 제거량	n(3.2)	GL_WTR_DEL_QTY	수분제거 목표량(Target Ultrafiltration)을(kg or L)단위로 기재 • (예시1) 2.1	A	
8) 항응고요법 초기	an(100)	ATCG_ERYY_TXT	초기 항응고요법에 해당하는 약물명 및 용량(unit) 기재 • (예시1) 헤파린 600iu • (예시2) free	C	
9) 항응고요법 유지	an(100)	ATCG_MNTN_TXT	항응고요법 유지에 해당하는 약물명 및 용량(unit) 기재 • (예시1) 헤파린 600iu • (예시2) free	C	
10) 투석기	an(400)	DLYS_DV_TXT	투석기(dialyzer)종류 및 표면적(m ²) 기재 ※ 표면적이 없는 경우 투석기 종류만 기재	C	
11) 투석액	an(400)	DLYS_LQD_TXT	투석액 종류 및 농도 등 기재	C	
12) 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	해당 내용을 최초로 작성한 의료인의 성명을 기재	A	
2. 혈액투석 상세		TBL_BLDD_VTSG	B-2. 투석종류 구분코드가 1. 혈액투석인 경우 기재		
99	1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	활력징후 등을 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형 : ccymmddhhmm	A
	2) 혈압	an(7)	BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80	A
	3) 맥박	n(3)	PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80	A
	4) 호흡	n(3)	BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 20회인 경우: 20	C
	5) 체온	n(2.1)	TMPR	체온을 섭씨온도(°C)단위로 기재 • (예시) 36.6	C
	6) 혈류속도	n(4)	BLFL_RT	분당 혈류속도(BFR, Blood Flow Rate)를 밀리리터(ml) 단위로 기재	C
	7) 동맥압	an(4)	ARTR_PRES	동맥압력(AP)을 기재(mmHg)	C
	8) 정맥압	an(4)	VIN_PRES	정맥압력(VP)을 기재(mmHg)	C
3. 혈관 협착 모니터링			B-2. 투석종류 구분코드가 1. 혈액투석인 경우 기재		
1) 협착 모니터링 실시 여부	an(1)	BLDVE_STNS_MNTR_YN	해당 혈액투석 시행 기간 동안 혈관 협착 모니터링 시행 여부 선택 1 Yes 2 No	A	
2) 혈관 협착 모니터링		TBL_BLDVE_STNS_MNTR			
99	3-2-1. 측정일시	an(12)	MASR_DT	C-3-1) 협착 모니터링 실시 여부가 1. Yes인 경우 기재 혈관 협착 모니터링을 시행한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccymmddhhmm	A
	3-2-2. 모니터링 종류	an(1)	BLDVE_STNS_MNTR_CD	C-3-1) 실시 여부가 1. Yes인 경우 기재 혈관 통로 모니터링 방법에 해당하는 구분코드 기재 • 구분코드 1 P/E(시진, 청진, 촉진 등) 2 정적동정맥루내압비(SIAPR) 3 초음파희석법 4 듀플렉스초음파 5 혈관조영술 6 열희석법	A
	3-2-3. 모니터링 결과	an(8000)	MNTR_RST_TXT	혈관협착 모니터링에 관한 상세내용 기재	C
D. 지속적신대체요법					
1. 시작종료일		TBL_CRRT_DD	B-2. 투석종류 구분코드가 2. 지속적신대체요법인 경우 기재 ※ CRRT를 중단 후 다시 시작하는 경우 처음 시작 하는 날 - 중단한 날, 다시 시작하는 날 - 최종 종료일 순으로 입력, CRRT를 계속하면서 명세서를 분리청구하는 경우 해당 명세서의 마지막 진료일을 종료일로 기재		

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
99	1) 시작일자	an(8)	CRRT_STA_DD 지속적 신대체요법 시작한 날짜 기재 • 유형: ccyymmdd	A
	2) 종료일자	an(8)	CRRT_END_DD 지속적 신대체요법 종료한 날짜 기재 • 유형: ccyymmdd	A
2. 섭취량 & 배설량			B-2. 투석종류 구분코드가 2. 지속적신대체요법인 경우 기재	
	1) 기본	TBL_IGSN_PROD		
99	2-1-1. 측정일자	an(8)	MASR_DD I/O을 측정한 날짜 기재 • 유형: ccyymmdd	A
	2-1-2. 섭취량 (Input)			
	총량	n(6)	IGSN_TOT_QTY 24시간동안 측정된 섭취 총량을 기재	A
	정맥	n(5)	IGSN_VIN_QTY 24시간동안 정맥주입 총량을 기재	A
	기타	n(5)	IGSN_ETC_QTY 24시간동안 정맥주입을 제외한 기타섭취 총량을 기재	C
	2-1-3. 배설량 (Output)			
	총량	n(6)	PROD_TOT_QTY 24시간동안 측정된 배설 총량을 기재	A
	투석배액	n(5)	DLYS_DRN_QTY 24시간동안 투석에서 제거된 수분 총량을 기재	A
	배뇨	n(5)	PROD_URNN_QTY 24시간동안 소변배설 총량을 기재	A
	2-1-4. 환자상태	an(100)	CRRT_PTNT_STAT_CD (다중선택가능) 환자상태에 해당하는 구분코드 기재하되, 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 • (예시) 인공호흡기 및 ECMO 모두 적용중인 경우: 1/2 기재	C
기타상세내용	an(500)	PTNT_STAT_ETC_TXT 환자상태에서 9. 기타를 선택한 경우, 상세내용을 평문으로 기재	A	
2) 수혈		TBL_BLTS 지속적신대체요법 사용 기간 동안 수혈을 한 경우 기재, 하루 동안 여러 종류의 수혈을 한 경우에는 종류별로 각각 입력		
99	2-2-1. 측정일자	an(8)	MASR_DD 수혈을 시행한 날짜를 기재 • 유형: ccyymmdd	C
	2-2-2. 종류	an(1)	BLTS_KND_CD 수혈종류에 해당하는 코드 기재	C
	기타상세내용	an(500)	BLTS_KND_ETC_TXT 수혈종류에서 9. 기타를 선택한 경우, 의뢰기관에서 부여한 수혈명을 평문으로 기재	C
	2-2-3. 수혈량	n(5)	BLTS_QTY 해당 수혈 종류별 일일 수혈량을 ml 단위로 입력	C
3) 기타배액		TBL_ETC_DRN 2-1-3. 배설량 항목 이외에 추가로 체액배액을 한 경우 기재 * Chest tube, hemovac, PCD 등 배액관 및 복수천자(Paracentesis), 흉강천자(thoracentesis)등을 한 경우 해당 종류 및 배액량을 기재		
99	2-3-1. 측정일자	an(8)	MASR_DD 배액량을 측정한 날짜 기재 • 유형: ccyymmdd	C
	2-3-2. 종류	an(500)	DRN_KND_TXT 기타배액 종류를 평문으로 입력	C
	2-3-3. 배액량	n(5)	DRN_QTY 기타배액 종류별 일일 배액량을 기재	C
3. 활력징후 등			TBL_CRRT_VTSG B-2. 투석종류 구분코드가 2. 지속적신대체요법인 경우 기재	
99	1) 측정일시	an(12)	MASR_DT 활력징후를 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형 : ccyymmddhhmm	A
	2) 혈압	an(7)	BPRSU 수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80	A
	3) 맥박	n(3)	PULS 1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
4) 호흡	n(3)	BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 45회인 경우: 45	C	
5) 체온	n(2.1)	TMPR	체온을 섭씨온도(°C)단위로 기재 • (예시) 36.6	C	
6) 체중	n(3.1)	BWGT	체중을 킬로그램(kg) 단위로 소수점 둘째 자리에서 반올림하여 첫째 자리까지 입력	C	
7) CVP	n(3)	CNTR_VIN_PRES	중심정맥압(CVP)를 측정할 경우 해당 수치(cmH2O) 기재	C	
E. 간호기록					
	1. 간호기록		TBL_CARE_RCD		
99	1) 기록일시	an(12)	RCD_DT	간호기록을 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	C
	2) 간호기록	CLOB	RCD_TXT	간호기록 내용을 평문으로 기재	C
	3) 간호사 성명	an(50)	NURSE_NM	해당 내용을 작성한 간호사의 성명을 기재	C
F. 추가정보					
	1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

22 전입기록자료(RIY001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)
- 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RIY001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 입원일시	an(12)	IPAT_DT	입원한 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로표기 • (예시) 2020년 7월 1일 입원한 경우: 202007010000	E
2. 입원과	an(2)	IPAT_DGSBJT_CD	입원시 진료 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
내과 세부전문의과목	an(2)	IPAT_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 입원과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문의과목 구분코드 참조	A
3. 전과일	an(8)	TRFR_DD	전과한 날의 날짜를 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmdd	E
4. 전입과	an(2)	MVIN_DGSBJT_CD	환자를 받는(전입) 진료과의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
전입과 내과 세부전문의과목	an(2)	MVIN_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 전입과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문의과목 구분코드 참조	A
5. 전출과	an(2)	MVOT_DGSBJT_CD	환자를 보내는(전출) 진료과의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
전출과 내과 세부전문의과목	an(2)	MVOT_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 전출과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문의과목 구분코드 참조	A
6. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM	환자를 받은 과의 담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등) 성명을 기재	E
7. 담당의사 면허종류	an(1)	CHRG_DR_LCS_KND_CD	환자를 받은 과의 담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등) 면허종류 구분자를 기재 1 의사 2 치과의사 3 한의사	C
8. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	전입기록자료를 작성한 의사의 성명을 기재	E
9. 작성일시	an(12)	WRT_DT	전입기록자료를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E
B. 전입기록				
1. 환자 상태				
1) 현병력	an(8000)	CUR_HOC_TXT	입원 당시 질병상태 등을 평문으로 기재	E
2) 신체검진	CLOB	PHBD_MEDEXM_TXT	신체검진(Physical Examination) 기록을 평문으로 기재	C
3) 문제목록	CLOB	PRBM_LIST_TXT	전입시점의 환자상태를 평문으로 기재	E
2. 진단		TBL_DIAG		
99 1) 상병분류구분	an(1)	SICK_TP_CD	• 진단명예 따른 상병분류구분을 기재 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병)	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
			2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생된 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제 상병		
			1 주상병 2 부상병 3 배제 상병		
2) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E	
3) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문 자로 기재하고, ‘·’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략	C	
3. 치료계획(Plan)	an(8000)	TRET_PLAN_TXT	앞으로의 진단과 치료에 대한 계획 및 목표 등을 평문으로 기재	C	
C. 추가 정보					
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재		
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

23 전출기록자료(RIZ001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
• n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RIZ001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 입원일시	an(12)	IPAT_DT	입원한 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 입원한 경우: 202007010000	E
2. 입원과	an(2)	IPAT_DGSBJT_CD	입원시 진료 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
내과 세부전문과목	an(2)	IPAT_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 입원과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
3. 전과일	an(8)	TRFR_DD	전과한 날의 날짜를 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmdd	E
4. 전출과	an(2)	MVOT_DGSBJT_CD	환자를 보내는(전출) 진료과의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
전출과 내과 세부전문과목	an(2)	MVOT_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 전출과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
5. 전입과	an(2)	MVIN_DGSBJT_CD	환자를 받는(전입) 진료과의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
전입과 내과 세부전문과목	an(2)	MVIN_IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 전입과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
6. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM	환자를 보내는 과의 담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등) 성명을 기재	E
7. 담당의사 면허종류	an(1)	CHRG_DR_LCS_KND_CD	환자를 보내는 과의 담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등) 면허종류 구분자를 기재 1 의사 2 치과의사 3 한의사	C
8. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	전출기록자료 작성한 의사의 성명을 기재	E
9. 작성일시	an(12)	WRT_DT	전출기록자료를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E
B. 전출기록				
1. 전과사유	an(8000)	TRFR_RS_TXT	전과사유를 평문으로 기재	C
2. 치료경과 및 환자상태	an(8000)	PTNT_STAT_TXT	치료경과 및 환자상태를 평문으로 기재	E
3. 주요 검사결과	CLOB	EXM_RST_TXT	주요 검사결과 및 판독의사의 소견 등을 평문으로 기재하되, 검사내역이 없는 경우 '-' 입력	E
4. 시술·처치 및 수술		TBL_MOPR_SOPR	시술·처치 및 수술 내역이 없는 경우 '-' 입력	
99 1) 시행일시	an(12)	EXEC_DT	시술, 처치 및 수술을 시행한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 시행한 경우: 202007010000	E

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분			
2) 시술·처치 및 수술명	an(50)	SOPR_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 시술, 처치 및 수술 명칭을 기재	E			
5. 진단							
TBL_DIAG							
99 1) 상병분류구분	an(1)	SICK_TP_CD	<ul style="list-style-type: none"> 상병분류에 해당하는 구분코드를 기재 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생한 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제 상병 	C			
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 주상병</td> <td style="width: 33%;">2 부상병</td> <td style="width: 33%;">3 배제 상병</td> </tr> </table>	1 주상병	2 부상병	3 배제 상병	
1 주상병	2 부상병	3 배제 상병					
2) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E			
3) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자 로 기재하고, ‘.’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략	C			
C. 추가 정보							
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재				
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C			
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C			
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C			
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C			
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C			
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)							

24 시술기록자료(RTT001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)
- 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분			
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재							
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RTT001	E			
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E			
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E			
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E			
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	“-” 생략 기재	E			
A. 기본 정보							
1. 시술 시작일시	an(12)	SOPR_STA_DT	시술을 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E			
2. 시술 종료일시	an(12)	SOPR_END_DT	시술을 종료한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E			
3. 시술의사		TBL_SOPR_DR					
99 1) 구분	an(1)	SOPR_DR_CD	집도의사인지 보조의사인지 구분코드를 기재	E			
			1 집도의 2 보조의				
			2) 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	해당 시술을 집도 또는 보조한 의사의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
			내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
3) 성명	an(50)	DR_NM	해당 시술을 집도 또는 보조한 의사의 성명 기재	E			
4) 면허번호	an(10)	DR_LCS_NO	해당 시술을 집도 또는 보조한 의사의 면허번호를 기재	C			
4. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	해당 시술기록지를 작성한 의사의 성명을 기재	E			
5. 작성일시	an(12)	WRT_DT	해당 시술기록지를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E			
B. 시술 정보							
1. 시술명		TBL_MOPR_NM					
99 1) 시술명	an(400)	MOPR_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 시술 명칭을 기재	E			
2. 시술수가코드		TBL_MDFEE_CD					
99 1) 시술수가코드	an(9)	MDFEE_CD	해당 시술 관련 하여 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가코드를 기재, 수가코드를 매핑할 수 없는 경우 '·' 입력	E			
3. 시술 전 진단		TBL_MOPR_BF_DIAG					
99 1) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E			
			2) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '·' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	C
4. 시술 후 진단		TBL_MOPR_AF_DIAG					
99 1) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E			
			2) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '·' 또는 '*' 등 특수기호는 기재 생략	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
5. 마취				
1) 마취종류	an(400)	NCT_KND_TXT	마취종류를 평문으로 기재	C
2) 마취통증의학과 개입여부	an(1)	NCT_DEPT_ PATC_YN	해당 시술시 마취통증의학과 개입 여부 구분자를 기재 1 Yes 2 No	C
6. 시술절차	CLOB	MOPR_CRSE_ TXT	시술과정 및 발견 사항, 시술조건 등을 평문으로 기재	E
7. 중요(특이)사항	an(8000)	RMK_TXT	시술 중 중요(특이)사항을 평문으로 기재하되, 해당 내용이 없는 경우 '-' 입력	E
8. 출혈량	n(10)	HMRHG_QTY	출혈이 있는 경우 출혈량을 cc 단위로 기재	C
9. 합병증	an(8000)	CPCT_TXT	합병증이 나타난 경우 증상을 상세히 평문으로 기재 • (예시) 호흡곤란, 저체온증	C
10. 응급 조직 병리검사				
1) 응급 조직 병리검사 결과	an(8000)	EMY_TXTR_ PTLTY_RST_TXT	시술 시 응급 조직병리검사를 시행한 경우, 해당 검사의 부위 및 결과를 평문으로 기재	C
C. 기타 정보				
1. 활력징후		TBL_VTSG		
99+ 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	활력징후를 측정할 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
2) 혈압	an(7)	BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80	C
3) 맥박	n(3)	PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80	C
4) 호흡	n(3)	BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 20회인 경우: 20	C
5) 체온	n(2.1)	TMPR	체온을 섭씨온도(°C)단위로 기재 • (예시) 36.6	C
6) 산소포화도	n(3)	OXY_STRT	산소포화도를 퍼센트(%) 단위로 기재	C
7) 특이사항	an(8000)	VTSG_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
2. 시술 중 투약 (마취제포함)		TBL_SOPR MIDD_MDCT	※ 비급여 수술에 사용된 약제도 포함하여 기재	
99+ 1) 투약일시	an(12)	MDCT_DT	시술 중 약물을 투여한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
2) 약품코드	an(9)	MDS_CD	「약제급여목록 및 급여상한금액표」의 제품코드를 기재 • (예시) 643600471	C
3) 약품명	an(400)	MDS_NM	해당의료기관 내에서 부여한 약품명칭을 기재 • (예시) 녹십자-알부민주20%	C
4) 1회 투약량	an(5.4)	FQ1_MDCT_ QTY	1회 투약량을 기재(소수 다섯째자리인 경우, 4사 5입하여 소수 넷째 자리까지 기재) • (예시1) 6 • (예시2) 3.3334	C
5) 단위	an(500)	MDS_UNIT_TXT	1회 투약량에 관한 단위 기재 • (예시1) ml • (예시2) mg	C
3. 치료재료		TBL_TMCAT	※ 비급여 수술에 사용된 치료재료도 포함하여 기재	
99 1) 재료코드	an(8)	TMCAT_CD	치료재료의 재료코드를 기재 • (예시) H30040019	C
2) 재료명	an(400)	TMCAT_NM	치료재료의 품명을 기재 • (예시) Neuro Screw	C
3) 규격	an(500)	NOM	치료재료의 규격을 기재 • (예시) Screw 4MM	C
4) 수량	an(500)	QTY	사용한 개수를 기재	C
5) 단위	an(500)	UNIT	단위 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
4. 수혈		TBL_BLTS		
99 1) 혈액종류	an(500)	BLTS_KND_TXT	수혈한 혈액 종류를 평문으로 기재 • (예시) RBC	C
2) 수혈량	an(500)	BLTS_QTY_TXT	혈액 종류별 수혈량 및 단위를 기재 • (예시) 2pint, 300ml	C
5. 신체정보				
1) 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm)단위로 기재	C
2) 체중	n(3.1)	BWGT	체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재	C
6. 첨부	image	APND_DATA_NO	해당 시술과 관련된 이미지 파일 첨부	C
D. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

25 투약기록자료(RMM001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서관통정보 ※ □문서관통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RMM001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 처방당시 몸무게	n(3.1)	BWGT	처방당시 체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재	C
2. 몸무게별 처방단위	an(500)	BWGT_CRTR_PRSC_UNIT_TXT	몸무게별 처방단위를 기재	C
3. 체표면적(BSA)	an(500)	SOTB_AREA_TXT	체표면적의 1제곱미터(m ²)당 투여용량을 기재	C
4. 진료형태	an(1)	IPAT_OPAT_TP_CD	환자의 진료형태 구분자를 기재	E
			1 입원 2 외래	
B. 투약 정보				
99+	약품처방 내역	TBL_MDS_PRSC		
1. 처방일자	an(8)	PRSC_DD	의약품을 처방한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	E
2. 처방분류	an(1)	PRSC_DIV_CD	처방분류에 해당하는 구분코드를 기재 • 구분코드	E
			1 원내	
			2 지참약	
			3 D/C(투여 중단)	
			4 퇴원약	
			5 원외	
3. 의약품 명칭				
1) 약품코드	an(9)	MDS_CD	「약제급여목록 및 급여상한금액표」의 제품코드를 기재 • (예시) 643600461	C
2) 약품명	an(400)	MDS_NM	해당의료기관 내에서 부여한 약품명칭을 등을 기재 • (예시) 녹십자-알부민주20%	E
3) 투여경로	an(400)	INJC_PTH_TXT	해당 약제의 투여경로를 기재 • (예시) 하루에 수회 도포, IV, PO	E
4) 1회투약량	n(5.4)	FQ1_MDCT_QTY	1회 투약량을 기재(소수 다섯째자리인 경우, 4사 5입하여 소수 넷째 자리까지 기재) • (예시1) 6 • (예시2) 3.3334	E
단위	an(500)	MDS_UNIT_TXT	1회 투약량에 관한 단위 기재 • (예시1) ml • (예시2) mg	E
5) 1일투여횟수	n(2)	DY1_INJC_FQ	2. 처방분류 구분코드가 4. 퇴원약, 5. 원외처방인 경우 필수로 기재 해당 약제의 1일 투여횟수를 기재	C
6) 총투약일수	n(3)	TOT_INJC_DD_CNT	2. 처방분류 구분코드가 4. 퇴원약, 5. 원외처방인 경우 필수로 기재 해당 약제의 총 투약일수를 기재	C
4. 투여여부	an(1)	INJC_EXEC_CD	처방에 따른 투여 실시 여부에 해당하는 구분코드를 기재 2. 처방분류 구분코드가 4. 퇴원약, 5. 원외처방 등에 해당하여 시행할 수 없는 경우 0. 해당사항 없음을 기재 • 구분코드	E
			0 해당사항 없음 1 정상투여 2 미시행	

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
1) 미시행사유	an(500)	NEXEC_RS_TXT	4. 투여여부가 2. 미시행인 경우, 해당 사유 기재	C
5. 실시일시	an(12)	EXEC_DT	4. 투여여부가 1. 정상투여인 경우 처방된 약품의 실제 투여된 시각을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	A
6. 처방진료과				
1) 진료과목	an(2)	DGSBJT_CD	의약품을 처방 한 의사의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
7. 비고	an(8000)	RMK_TXT	특이사항이 있는 경우 기재	C
C. 항암화학요법				
항암화학요법				
1. 항암치료 여부	an(1)	ANCR_TRET_YN	항암화학요법 시행 여부를 기재 1 Yes 2 No	E
2. 암종 및 병기	an(500)	CNR_KND_STGN	1. 항암치료 여부가 1. Yes 일 경우 Tumor Type을 기재 • (예시) NSCLC stage IIIA	A
3. 투여요법	an(2)	ANCR_CURE_CD	1. 항암치료 여부가 1. Yes 일 경우 항암제 투여요법에 해당하는 구분코드를 기재 01 선행화학요법(Neoadjuvant) 02 수술 후 보조요법(Adjuvant) 03 고식적요법(Palliative) 04 항암화학방사선요법(CCRT) 99 기타	A
기타 투여요법	an(500)	ANCR_CURE_ETC_TXT	3. 투여요법에 '99. 기타' 선택 시 해당 투여요법 기재(해당 사항 없는 경우" - " 입력) • (예시) 관해유도요법	A
4. 항암화학요법명	an(400)	ANCR_CURE_NM	1. 항암치료 여부가 1. Yes 일 경우 항암화학요법명(Regimen)을 기재 • (예시) Paclitaxel+vinorelbine	A
5. 투여단계	an(500)	INJC_STEP_TXT	1. 항암치료 여부가 1. Yes 일 경우 항암요법의 투여단계를 기재 • (예시) 2차	A
6. 투여주기	an(500)	INJC_CYC_TXT	1. 항암치료 여부가 1. Yes 일 경우 투여주기(Cycle) 및 간격을 기재 ※ 2 cycle 이상인 경우 From/To를 모두 기재 • (예시) 항암요법 3주기부터 5주기까지 투여 시: 03/05	A
7. ECOG PS	an(1)	HMBD_STAT_ASM_PNT	ECOG PS(Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status) 평가 점수(0~4점)를 기재	C
8. 비고	an(8000)	RMK_TXT	항암화학요법 관련하여 특이사항 기재	C
D. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+				
1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

26 신생아중환자실기록자료(RWN001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RWN001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 신생아중환자실 정보				
1. 신생아 출생정보				
1) 출생일 확인 여부	an(1)	BIRTH_YN	출생일 확인 유무를 기재, 출생일자 모르는 경우 2. No 선택 1 Yes 2 No	E
2) 출생일시	an(12)	BIRTH_DT	1) 출생일 확인 여부가 '1. Yes'인 경우, 신생아 출생일시를 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	A
3) 출생장소	an(1)	BIRTH_PL_CCD	1) 출생일 확인 여부가 '1. Yes'인 경우, 출생장소에 해당하는 구분 코드를 기재 1 본원 2 타기관 9 기타	A
출생장소 기타상세	an(500)	BIRTH_PL_CCD_ETC_TXT	3) 출생장소가 '9. 기타'인 경우, 해당내용을 평문으로 기재	A
4) 분만형태	an(1)	PARTU_FRM_CD	1) 출생일 확인 여부가 '1. Yes'인 경우, 분만형태에 해당하는 구분 코드를 기재 1 자연분만 2 제왕절개 9 기타	A
분만형태 기타상세	an(500)	PARTU_FRM_CD_ETC_TXT	4) 분만형태가 '9. 기타'인 경우, 해당내용을 평문으로 기재	A
5) 재태기간	n(2)/n(1)	FTUS_DEV_TRM	1) 출생일 확인 여부가 '1. Yes'인 경우, 재태기간을 주단위와 일단위로 기재 형태(주 일)에 맞춰 해당 내용 기재 • (예시) 재태기간이 32주 5일 인 경우: 32/5	A
6) 다태아여부	an(1)	MEMB_YN	1) 출생일 확인 여부가 '1. Yes'인 경우, 다태아 여부를 기재 1 Yes 2 No	A
다태아 내용	n(1)/n(1)	MEMB_TXT	6) 다태아 여부가 '1. Yes'인 경우, 기재 형태(명 중 번째 아기)에 맞춰 해당 내용 기재 • (예시) 세 쌍둥이 중 첫째 아기인 경우: 3/1	A
7) Apgar Score	an(1)	APSC_YN	1) 출생일 확인 여부가 '1. Yes'인 경우, Apgar Score를 기재, Apgar Score를 모르는 경우 2. No 선택 1 Yes 2 No	A
Apgar Score 내용	n(2)/n(2)	APSC_PNT	7) Apgar Score가 '1. Yes'인 경우, 기재 형태(1분_점, 5분_점)에 맞춰 해당 내용 기재 • (예시) 1분 2점, 5분 8점인 경우: 2/8	A
8) 출생 시 체중	an(5)	NBY_BIRTH_BWGT	출생 시 체중을 그램(g) 단위로 기재, 출생체중을 모를 경우 신생아 중환자실 처음 입실 시 체중을 동일하게 기재 • (예시) 체중이 2650g인 경우: 2650	E
2. 최초 입실일시				
	an(12)	FST_IPAT_DT	최초 입실한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E
3. 진단				
99 1) 상병분류구분	an(1)	SICK_TP_CD	• 진단명에 따른 상병분류구분을 기재 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생된 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제 상병 1 주상병 2 부상병 3 배제 상병	C
2) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분									
3) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 류기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘·’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략	C									
B. 신생아중환자실 입·퇴실 정보													
입퇴실 테이블		TBL_IPAT_DSCG											
99 1. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM	담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등)의 성명을 기재	E									
2. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	신생아중환자실기록자료를 작성한 의사의 성명을 기재	E									
3. 입실													
1) 입실일시	an(12)	SPRM_IPAT_DT	신생아중환자실에 입실한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 입실한 경우: 202007010000	E									
2) 입실경로	an(1)	SPRM_IPAT_PTH_CD	입실경로에 해당하는 구분코드를 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1 수술실</td> <td>4 분만실</td> </tr> <tr> <td>2 응급실</td> <td>5 타병동에서 전실</td> </tr> <tr> <td>3 외래</td> <td>9 기타</td> </tr> </table>	1 수술실	4 분만실	2 응급실	5 타병동에서 전실	3 외래	9 기타	E			
1 수술실	4 분만실												
2 응급실	5 타병동에서 전실												
3 외래	9 기타												
입실경로 기타상세	an(500)	IPAT_PTH_ETC_TXT	2) 입실경로가 '9. 기타'인 경우, 해당내용을 평문으로 기재	A									
3) 입실사유	an(100)	NBY_IPAT_RS_CD	(다중선택가능) 해당 신생아중환자실 입실사유에 따라 구분코드를 기재하되, 사유가 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 • (예시) '저체중 출생아 집중관찰' 및 '특별한 처치 또는 관리가 필요한 경우'인 경우: 2/4 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1 미숙아 집중관찰</td></tr> <tr><td>2 저체중 출생아 집중관찰</td></tr> <tr><td>3 재태기간이나 출생체중과 관계없이 환아의 상태가 위중한 경우</td></tr> <tr><td>4 특별한 처치 또는 관리가 필요한 경우</td></tr> <tr><td>5 의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실</td></tr> <tr><td>9 기타</td></tr> </table>	1 미숙아 집중관찰	2 저체중 출생아 집중관찰	3 재태기간이나 출생체중과 관계없이 환아의 상태가 위중한 경우	4 특별한 처치 또는 관리가 필요한 경우	5 의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실	9 기타	E			
1 미숙아 집중관찰													
2 저체중 출생아 집중관찰													
3 재태기간이나 출생체중과 관계없이 환아의 상태가 위중한 경우													
4 특별한 처치 또는 관리가 필요한 경우													
5 의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실													
9 기타													
입실사유 재입실상세	an(8000)	RE_IPAT_RS_TXT	3) 입실사유가 '5. 의료진의 치료 계획에 따라 예정된 재입실'인 경우, 해당 재입실 사유를 평문으로 기재	A									
입실사유 기타상세	an(8000)	IPAT_RS_ETC_TXT	3) 입실사유가 '9. 기타'인 경우, 해당내용을 평문으로 기재	A									
4) 입실 시 체중	an(5)	IPAT_NBY_BWGT	신생아중환자실 입실 시 체중을 그림(g) 단위로 기재 • (예시) 체중이 2650g인 경우: 2650	E									
4. 퇴실													
1) 퇴실 상태	an(2)	SPRM_DSCG_RST_CD	퇴실상태에 해당하는 구분자를 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>01 퇴원</td> <td>04 전실(신생아실)</td> <td>07 뇌사판정(이식)</td> </tr> <tr> <td>02 전실(병동)</td> <td>05 전원</td> <td>08 계속 입원</td> </tr> <tr> <td>03 전실(ICU)</td> <td>06 사망</td> <td>99 기타</td> </tr> </table> ※ 1) 퇴실 상태가 '06. 사망'인 경우, 2) 사망 현황 항목 필수 기재 ※ 1) 퇴실 상태가 '08. 계속 입원'이 아닌 경우, 3) 퇴실일시 항목 필수 기재	01 퇴원	04 전실(신생아실)	07 뇌사판정(이식)	02 전실(병동)	05 전원	08 계속 입원	03 전실(ICU)	06 사망	99 기타	E
01 퇴원	04 전실(신생아실)	07 뇌사판정(이식)											
02 전실(병동)	05 전원	08 계속 입원											
03 전실(ICU)	06 사망	99 기타											
퇴실상태 기타상세	an(400)	DSCG_RST_ETC_TXT	1) 퇴실 상태가 '99. 기타'인 경우, 해당 내용을 평문으로 기재	A									
2) 사망 현황													
4-2-1. 사망일시	an(12)	DEATH_DT	1) 퇴실 상태가 '06. 사망'인 경우, 사망 일시를 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	A									
4-2-2. 원사인 상병 분류기호	an(6)	DEATH_SICK_SYM	1) 퇴실 상태가 '06. 사망'인 경우, 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘·’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략	A									
4-2-3. 사망 진단명	an(400)	DEATH_DIAG_NM	1) 퇴실 상태가 '06. 사망'인 경우, 사망을 진단한 의사가 부여한 진단 명칭을 기재(해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭)	A									

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
3) 퇴실일시	an(12)	SPRM_DSCG_DT	1) 퇴실 상태가 '08. 계속 입원'이 아닌 경우, 신생아중환자실에서 실제 퇴실한 날짜와 시간을 기재하되, 사망 시에는 사망한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	A
C. 신생아중환자실 관찰 기록				
1. 활력징후 등		TBL_VTSG		
99+ 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	활력징후를 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 측정된 경우: 202007010000	C
2) 혈압	an(7)	BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 80, 이완기 60인 경우: 80/60	C
3) 맥박	n(3)	PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 120회인 경우: 120	C
4) 호흡	n(3)	BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 40회인 경우: 40	C
5) 체온	n(2.1)	TMPR	체온을 섭씨온도(°C) 단위로 기재 • (예시) 36.5	C
6) 산소포화도	n(3)	OXY_STRT	산소포화도를 퍼센트(%) 단위로 기재 • (예시) 97	C
7) 혈당	n(3)	BLSG	혈당 수치를 밀리그램 퍼 데시리터(mg/dl) 단위로 기재 • (예시) 120	C
8) 교정주수	n(2)	REFM_WKCN	교정주수를 주단위로 기재, 주단위 이하 일수는 절사함 • (예시) 교정주수 32주3일인 경우: 32	C
9) 특이사항	an(8000)	VTSG_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
2. 신체계측		TBL_PHBD_MASR		
99+ 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	신체계측을 시행한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 측정된 경우: 202007010000	C
2) 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 신장이 172.3cm인 경우: 172.3	C
3) 체중	an(5)	NBY_BWGT	체중을 그램(g) 단위로 기재 • (예시) 체중이 2650g인 경우: 2650	C
4) 두위	n(3.1)	HEAD_CRCF	머리둘레를 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 머리둘레가 50.5cm인 경우: 50.5	C
5) 흉위	n(3.1)	CHST_CRCF	가슴둘레를 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 가슴둘레가 100.5cm인 경우: 100.5	C
6) 복위	n(3.1)	ABDM_CRCF	복부둘레를 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 복부둘레가 32.5cm인 경우: 32.5	C
7) 특이사항	an(8000)	RMK_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
3. 기타 관찰기록		TBL_ETC_OBSR_RCD		
99+ 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	기타 관찰기록을 측정한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 측정된 경우: 202007010000	C
2) 항목명	an(400)	CZITM_NM	기타 관찰기록 항목명을 평문으로 기재 • (예시) 중심정맥압(CVP), 중심정맥산소포화도(ScvO2), 심박출량(CO) 등	C
3) 관찰내용	CLOB	RCD_TXT	기타 관찰기록 내용(값, 단위)을 평문으로 기재 • (예시) 8cmH ₂ O 등	C
4) 특이사항	an(8000)	RMK_TXT	기타 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
4. 간호기록		TBL_CARE_RCD		
99+ 1) 기록일시	an(12)	RCD_DT	간호기록을 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
2) 간호기록	CLOB	RCD_TXT	간호기록의 내용을 평문으로 기재	C
3) 간호사 성명	an(50)	NURSE_NM	해당 간호기록을 작성한 간호사의 성명을 기재	C
D. 기타 정보				
1. 인공호흡기				
1) 적용 여부	an(1)	ATFL_RPRT_YN	입실기간 동안 인공호흡기 적용 여부에 따른 구분코드를 기재 1 Yes 2 No	E
2) 적용 기간		TBL_ATFL_RPRT		
99+ 1-2-1. 시작일시	an(12)	ATFL_RPRT_STA_DT	인공호흡기 해당 유형의 적용을 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
1-2-2. 종료일시	an(12)	ATFL_RPRT_END_DT	인공호흡기 해당 유형의 적용을 종료한 날짜와 시간을 기재 - 인공호흡기를 계속 적용하는 상태로 퇴실하는 경우 퇴실일시를 종료일시로 기재 - 신생아중환자실 계속입원인 경우 999912310000로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
1-2-3. 유형	an(400)	ATFL_RPRT_NM	인공호흡기 유형 명칭을 평문으로 기재 • (예시) PSV mode, SIMV mode, 고빈도 진동 호흡모드, CPAP mode 등	C
1-2-4. 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	기타 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
2. 산소요법				
1) 적용 여부	an(1)	OXY_CURE_YN	입실기간 동안 산소요법 적용 여부에 따른 구분코드를 기재 1 Yes 2 No	E
2) 적용 기간		TBL_OXY_CURE		
99+ 2-2-1. 시작일시	an(12)	OXY_CURE_STA_DT	해당 유형의 산소요법 적용을 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
2-2-2. 종료일시	an(12)	OXY_CURE_END_DT	해당 유형의 산소요법 적용을 종료한 날짜와 시간을 기재 - 산소요법을 계속 적용하는 상태로 퇴실하는 경우 퇴실일시를 종료일시로 기재 - 신생아중환자실 계속입원인 경우 999912310000로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
2-2-3. 유형	an(400)	OXY_CURE_NM	산소요법 유형 명칭을 평문으로 기재 • (예시) Nasal Catheter, Incubator Oxygen 25%, 가온가습고 유량비강캐놀라요법 등	C
2-2-4. 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	기타 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
3. 삽입관 및 배액관				
1) 적용 여부	an(1)	CNNL_YN	입실기간 동안 삽입관 및 배액관 적용 여부에 따른 구분코드를 기재 1 Yes 2 No	E
2) 종류 및 적용 기간		TBL_CNNL		
99+ 3-2-1. 종류	an(2)	CNNL_KND_CD	1) 적용여부가 '1. Yes'인 경우, 삽입관 및 배액관 종류에 해당하는 구분자를 기재 01 Umbilical venous catheter 05 Central venous catheter 02 Umbilical arterial catheter 06 Tracheostomy 03 Peripherally inserted central catheter 07 Endotracheal tube 04 Arterial catheter 99 기타	A
삽입관 및 배액관 유형-기타상세	an(500)	CNNL_KND_ETC_TXT	3-2-1. 종류가 '99. 기타'인 경우, 삽입관 및 배액관에 해당하는 명칭을 평문으로 기재 • (예시) L-tube, PEG, Chest tube, EVD 등	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
3-2-2. 삽입일시	an(12)	CNNL_INS_DT	1) 적용여부가 '1. Yes'인 경우, 해당 유형의 삽입관 및 배액관을 삽입한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	A
3-2-3. 제거일시	an(12)	CNNL_DEL_DT	1) 적용여부가 '1. Yes'인 경우, 해당 유형의 삽입관 및 배액관을 제거한 날짜와 시간을 기재 - 관을 거치한 상태로 퇴실하는 경우 퇴실일시를 제거일시로 기재 - 신생아중환자실 계속입원인 경우 999912310000로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	A
3-2-4. 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	기타 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
4. 장루				
1) 장루 유무	an(1)	OSTM_YN	장루 유무에 따라 구분코드를 기재 1 Yes 2 No 9 기타	E
장루유무-기타상세	an(500)	OSTM_ETC_TXT	1) 장루 유무가 '9. 기타'인 경우 해당 내용을 평문으로 기재	A
2) 시행 및 처치 내용		TBL_OSTM		
99 4-2-1. 시행일	an(8)	ENFC_DD	해당 의료행위를 시행한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	C
4-2-2. 처치 내용	an(100)	OSTM_DSPL_CD	(다중선택가능) 해당하는 일의 시행한 의료행위 내용에 해당하는 구분자를 기재하되, 시행한 처치 내용이 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 • (예시) 장루처치 및 교육상담을 시행한 경우: 1/2 1 장루처치 2 교육 및 상담 9 기타	C
장루처치내용-기타상세	an(8000)	OSTM_DSPL_ETC_TXT	4-2-2. 처치 내용이 '9. 기타'인 경우, 해당 내용을 평문으로 기재	C
5. 식이		TBL_DTTR		
99 1) 시행일	an(8)	ENFC_DD	식이를 시행한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	C
2) 종류	an(100)	DTTR_CD	(다중선택가능) 해당하는 시행일의 수유형태를 기재하되, 시행한 식이 종류가 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 • (예시) 모유수유 및 금식을 시행한 경우: 1/4 1 모유수유 4 금식 2 분유수유 9 기타 3 혼합수유	C
식이종류- 기타상세	an(500)	DTTR_ETC_TXT	2) 종류가 '9. 기타'인 경우, 식이종류에 해당하는 내용을 평문으로 기재	C
6. 기타 처치				
1) 시행여부	an(100)	ETC_DSPL_CD	(다중선택가능) 입실기간 동안 시행한 처치에 해당하는 구분자를 기재하되, 시행한 처치가 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 • (예시) 광선요법 및 교환수혈을 시행한 경우: 01/04 00 해당없음 04 교환수혈 01 광선요법 05 심폐소생술 02 처체온요법 99 기타 03 하기도 증기흡입요법	E
기타처치- 기타상세	an(500)	ETC_DSPL_ETC_TXT	1) 시행여부가 '99. 기타'인 경우 해당하는 내용을 평문으로 기재	C
2) 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	기타 기술사항이 있는 경우 해당 내용을 평문으로 기재	C
7. 첨부	image	APND_DATA_NO	신생아중환자실기록 내용과 관련된 이미지 등 관련 파일이 있는 경우 첨부	C
E. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C

※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99+'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)

27 의원급 진료기록자료(RCC001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RRC001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 진료 형태	an(1)	IPAT_OPAT_TP_CD	환자의 진료형태 구분자를 기재 1 입원 2 외래	E
1) 진료일시	an(12)	DIAG_DT	1. 진료형태가 '2. 외래'인 경우, 진료한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	A
2) 입원일시	an(12)	IPAT_DT	1. 진료형태가 '1. 입원'인 경우, 입원한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	A
3) 퇴원일시	an(12)	DSCG_DT	1. 진료형태가 '1. 입원'인 경우, 퇴원한 날짜와 시간을 기재하되, 계속 입원인 경우 기재하지 않음 • 유형: ccyyymmddhhmm	C
2. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	진료 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨)진료과목참조	E
내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 진료과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
3. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM	담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등)의 성명을 기재	E
4. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	의원급 진료기록자료를 작성한 의사의 성명을 기재	E
5. 작성일시	an(12)	WRT_DT	의원급 진료기록자료를 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	C
B. 진료기록				
1. 주호소 및 현병력		TBL_CC		
99 1) 주호소 및 현병력	an(8000)	CC_TXT	환자가 호소하는 증상 및 현재 질병상태 등을 평문으로 기재	E
2) 발생시기	an(500)	OCUR_ERA_TXT	발병시기를 평문으로 기재	C
2. 과거력	an(8000)	ANMN_TXT	환자의 기저질환, 수술경험, 항암치료 등 과거 진단받은 상병이나 시행한 처치가 있는 경우 해당 내용을 평문으로 기재	C
3. 계통문진	CLOB	ROS_TXT	계통별 문진소견(Review of System)을 평문으로 기재	C
4. 신체검진	CLOB	PHBD_MEDE_XM_TXT	신체검진(Physical Examination) 기록을 평문으로 기재	C
5. 활력징후 및 신체계측		TBL_VTSG		
99 1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	활력징후 및 신체계측을 시행한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 측정된 경우: 202007010000	C
2) 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm)단위로 기재 • (예시) 신장이 172.3cm인 경우: 172.3	C
3) 체중	n(3.1)	BWGT	체중을 킬로그램(kg) 단위로 기재 • (예시) 체중이 56.5kg인 경우: 56.5	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
4) 혈압	an(7)	BPRSU	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재하되, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재(mmHg) • (예시) 수축기 120, 이완기 80인 경우: 120/80	C
5) 맥박	n(3)	PULS	1분당 맥박 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 맥박 횟수가 80회인 경우: 80	C
6) 호흡	n(3)	BRT	1분당 호흡 횟수를 기재(회/min) • (예시) 분당 호흡 횟수가 20회인 경우: 20	C
7) 체온	n(2.1)	TMPR	체온을 섭씨온도(°C) 단위로 기재 • (예시) 36.4	C
8) 혈당	n(3)	BLSG	혈당 수치를 밀리그램 퍼 데시리터(mg/dl) 단위로 기재 • (예시) 110	C
9) 특이사항	an(8000)	VTSG_TXT	추가 기술사항이 있는 경우 평문으로 기재	C
6. 진단		TBL_DIAG		
99 1) 상병분류구분	an(1)	SICK_TP_CD	• 진단명에 따른 상병분류구분을 기재 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생한 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제 상병 1 주상병 2 부상병 3 배제 상병	C
2) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E
3) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류 기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘·’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략	C
7. 치료계획	an(8000)	TRET_PLAN_TXT	앞으로의 진단과 치료에 대한 계획 및 목표 등을 평문으로 기재	C
8. 처방				
1) 처방구분	an(100)	PRSC_KND_CD	(다중선택가능) 처방 종류에 따라 구분코드를 기재, 단 '0. 해당사항 없음' 선택 시 다중선택 불가 0 해당사항 없음 2 처치 9 기타 1 검사 3 투약	E
처방구분 기타상세	an(500)	PRSC_KND_ETC_TXT	처방구분이 '9. 기타'인 경우, 처방구분 상세내용을 평문으로 기재	A
검사처치내용		TBL_EXM_DSPL	※ 1) 처방구분이 '1.검사', '2.처치' 또는 '9.기타'인 경우, 2)-6) 기재	
99+ 2) 처방일시	an(12)	PRSC_DT	1) 처방구분이 '1.검사', '2.처치' 또는 '9.기타'인 경우, 의사 처방 날짜와 시간을 기재하되, 시간까지 기재하지 않는 기관의 경우, '00'으로 표기 • 유형: ccyyymmddhhmm	A
3) 처방명	an(8000)	PRSC_NM	1) 처방구분이 '1. 검사', '2. 처치' 또는 '9. 기타'인 경우, 해당 의료 기관 내에서 부여한 해당 명칭을 기재	A
4) 수가코드	an(9)	MDFEE_CD	1) 처방구분이 '1.검사', '2.처치' 또는 '9.기타'인 경우, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가 코드를 기재 • (예시) D0113	C
5) 1일 실시횟수	n(2)	DY1_EXEC_FQ	1) 처방구분이 '1. 검사', '2. 처치' 또는 '9. 기타'인 경우, 1일 실시횟수를 기재	C
6) 총 실시횟수	n(3)	TOT_EXEC_FQ	1) 처방구분이 '1. 검사', '2. 처치' 또는 '9. 기타'인 경우, 총 실시횟수를 기재	C
투약내용		TBL_MDCT	※ 1) 처방구분이 '3.투약'인 경우, 7)-14) 기재	
99+ 7) 처방일시	an(12)	PRSC_DT	1) 처방구분이 '3.투약'인 경우, 의사 처방 날짜와 시간을 기재하되, 시간까지 기재하지 않는 기관의 경우, '00'으로 표기 • 유형: ccyyymmddhhmm	A
8) 투약 처방 구분	an(1)	MDCT_PRSC_TP_CD	1) 처방구분이 '3.투약'인 경우, 원내/원의 처방 여부에 따라 구분코드를 기재 1 원내 2 원외	C

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
9) 약품명	an(400)	MDS_NM	1) 처방구분이 '3.투약'인 경우, 해당 의료기관 내에서 부여한 약품명칭 또는 「약제급여목록 및 급여 상한금액표」의 제품 명을 기재 • (예시1) 타세놀8시간이알서방정(아세트아미노펜)_(0.65g/1정) • (예시2) Tylenol-ER 65mg Caplet/Tab	A
10) 약품코드	an(9)	MDS_CD	1) 처방구분이 '3.투약'인 경우, 「약제급여목록 및 급여 상한금액표」의 제품코드를 기재 • (예시) 642202200	C
11) 용법	an(500)	USAG_TXT	처방구분이 3.투약인 경우 기재, 투약방법을 평문으로 기재 • (예시) 저녁식사 직후 복용, 매 8시간마다 2정씩 복용 하세요	C
12) 1회 투약량	n(5.4)	FQ1_MDCT_QTY	처방구분이 3.투약인 경우 기재, 1회 투약량을 기재(소수점 다섯째자리 이상인 경우, 4사5입하여 소수점 넷째자리까지 기재) • (예시1) 6 • (예시2) 3.3334	C
13) 1일 투여횟수	n(2)	DY1_INJC_FQ	처방구분이 3.투약인 경우 기재, 1일 투여횟수를 기재	C
14) 총 투약일수	n(3)	TOT_INJC_DDCNT	처방구분이 3.투약인 경우 기재, 총 투약일수를 기재	C
C. 경과기록				
1. 경과		TBL_ELAPS_RCD		
99+ 1) 기록일시	an(12)	WRT_DT	환자의 경과기록을 작성한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시각까지 기재되지 않는 기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E
2) 경과 및 치료과정	CLOB	RCD_TXT	경과 및 치료과정(Progress&Treatment)을 평문으로 기재	E
2. 첨부	image	APND_DATA_NO	서식에 첨부할 파일이 있는 경우 첨부	C
D. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

28 방사선치료기록자료(RPR001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RPR001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	002	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 진료형태	an(1)	IPAT_OPAT_TP_CD	환자의 진료형태 구분자를 기재 1 입원 2 외래	E
2. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	해당 방사선치료를 처방한 의사의 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
내과 세부전문과목	an(2)	IFLD_DTL_SPC_SBJT_CD	* 진료과 진료과목 중 의과 '01' 선택 시 기재 ※ (별첨) 진료과목의 내과 세부전문과목 구분코드 참조	A
3. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM	담당의사(진료한 주된 의사로 해당 병원의 주치의, 전문의 등)의 성명을 기재	E
B. 방사선 치료 정보				
1. 진단		TBL_DIAG		
99 1) 상병분류구분	an(1)	SICK_TP_CD	• 진단명에 따른 상병분류구분을 기재 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생된 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제 상병 1 주상병 2 부상병 3 배제 상병	C
2) 진단명	an(400)	DIAG_NM	해당 의료기관 내에서 부여한 진단 명칭을 기재	E
3) 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘·’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략	C
2. 신생물		TBL_NPLS		
99 1) 암병기 설정일	an(8)	CNR_STGN_SETUP_DD	암병기를 설정한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd • (예시) 2020년 7월 1일 설정한 경우: 20200701	C
2) 종양종류	an(1)	TMR_KND_CD	종양 종류에 해당하는 구분코드를 기재 1 원발성 2 재발성 9 기타	C
종양종류 기타상세	an(400)	TMR_KND_ETC_TXT	2) 종양종류가 '9. 기타'인 경우, 종양 종류를 평문으로 기재	C
3) 임상 암병기				
2-3-1. 암병기 Stage	an(3)	CNR_STGN_ST1_TXT	확인된 병기 Stage 분류를 기재	C
2-3-2. TNM 분류				
T	an(3)	CNR_STGN_ND2_TXT	확인된 병기 TNM 중 'T'에 해당하는 분류를 기재 • (예시) T2a	C
N	an(3)	CNR_STGN_RD3_TXT	확인된 병기 TNM 중 'N'에 해당하는 분류를 기재 • (예시) N2	C
M	an(3)	CNR_STGN_TH4_TXT	확인된 병기 TNM 중 'M'에 해당하는 분류를 기재 • (예시) M0	C
3. 치료 목적	an(8000)	TRET_INTNT_TXT	방사선치료의 목적을 평문으로 기재	E

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
C. 방사선 치료 요약 기록 ※ 방사선 치료 요약 정보가 있는 경우 기재				
1. 방사선 치료 방법	an(400)	TRET_NM	방사선 치료 방법을 평문으로 기재 • (예시) Brachytherapy, IMRT, 세기변조방사선치료	C
2. 치료 내용		TBL_RADT_SMRY	방사선 치료 요약 정보가 있는 경우 기재	
99+ 1) 치료시작일	an(8)	TRET_STA_DD	방사선 치료를 시작한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	C
2) 치료종료일	an(8)	TRET_END_DD	방사선 치료를 종료한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	C
3) 치료부위	an(400)	TRET_RGN_NM	방사선 치료의 부위를 평문으로 기재	C
4) 분할선량	an(50)	SPLT_RADT_QTY	방사선 치료의 1회 분할 선량을 기재	C
5) 총 치료횟수	an(50)	TRET_FQ_TXT	방사선치료의 총 치료횟수를 기재	C
6) 총선량	an(50)	TOT_RADT_QTY_TXT	방사선 치료의 총 선량을 기재	C
7) 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	방사선치료기록자료 요약 기록을 작성한 작성자의 성명을 기재	C
3. 치료 결과	CLOB	TRET_RST_TXT	방사선치료의 결과를 평문으로 기재	C
D. 방사선 치료 기록				
방사선 치료 기록		TBL_RADT_TRET		
1. 방사선 치료				
99+ 1) 치료일시	an(12)	TRET_DT	방사선 치료를 시행한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 시행한 경우: 202007010000	E
2) 치료구분	an(1)	RADT_TRET_TP_CD	모의치료 및 치료계획을 시행한 경우 1. 방사선 치료를 시행한 경우 2를 기재	E
			1 방사선 모의치료 및 치료계획 2 방사선 치료	
3) 치료명	an(400)	TRET_NM	방사선 치료의 명칭을 평문으로 기재	E
4) 수가코드	an(9)	MDFEE_CD	「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가코드를 기재	C
5) 치료부위	an(400)	TRET_RGN_NM	방사선 치료의 부위를 평문으로 기재	E
6) 치료횟수	an(50)	TRET_FQ_TXT	방사선 치료의 금번 치료의 횟수를 기재(단, 모의치료 등 해당 내용이 없는 경우 '-' 입력) • (예시) 총 10회 중 2번째 치료인 경우: 2, 2Fx, 2/10	E
7) 일일선량	an(50)	TD_RADT_QTY_TXT	방사선 치료의 일일선량을 기재	E
8) 누적선량	an(50)	ACUM_RADT_QTY_TXT	방사선 치료의 누적선량을 기재(단, 모의치료 등 해당 내용이 없는 경우 '-' 입력)	E
9) 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	방사선치료기록자료를 기록한 작성자의 성명을 기재	E
10) 참고사항	an(8000)	RMK_TXT	중요(특이)사항을 평문으로 기재	C
2. 첨부	image	APND_DATA_NO	해당 방사선치료와 관련된 이미지(pdf/jpg/gif/png/zip/xlsx/hwp/pptx 등) 파일 첨부	C
E. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

(별첨) 진료과목

'요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(별표5) 진료과목별 코드'와 같이 기재

1. 진료과목 구분코드*** 의과**

01	내 과	14	피 부 과
02	신 경 과	15	비 뇨 의 학 과
03	정신건강의학과	16	영 상 의 학 과
04	외 과	17	방사선종양학과
05	정 형 외 과	18	병 리 과
06	신 경 외 과	19	진단검사의학과
07	흉 부 외 과	20	결 핵 과
08	성 형 외 과	21	재 활 의 학 과
09	마취통증의학과	22	핵 의 학 과
10	산 부 인 과	23	가 정 의 학 과
11	소아청소년과	24	응 급 의 학 과
12	안 과	25	직업환경의학과
13	이 비 인 후 과	26	예 방 의 학 과

*** 치과**

50	구강악안면외과	56	구 강 내 과
51	치 과 보 철 과	57	영 상 치 의 학 과
52	치 과 교 정 과	58	구 강 병 리 과
53	소 아 치 과	59	예 방 치 과
54	치 주 과	61	통합치의학과
55	치 과 보 존 과		

*** 한방**

80	한 방 내 과	84	한방신경정신과
81	한 방 부 인 과	85	침 구 과
82	한 방 소 아 과	86	한방재활의학과
83	한방안·이비인후·피부과	87	사 상 체 질 과

2. 내과 세부전문과목 구분코드

00	내 과 통 합	05	신 장 내 과
01	소 화 기 내 과	06	혈액종양내과
02	순 환 기 내 과	07	감 염 내 과
03	호 흡 기 내 과	08	알레르기내과
04	내분비·대사내과	09	류마티스내과

※ 내과 세부전문과목 운영기관 중 일부 분리하지 않고 통합 운영하는 분야는 '00'으로 기재

Ⅱ. 표준서식 이외의 심사자료 제출 서식(제4조 관련)의 작성요령

□ **문서공통정보** ※ 문서공통정보는 모든 서식에 공통으로 들어가는 항목으로 서식 제출시 필수로 기재해야 함

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분																				
1. 서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	제출하는 서식지에 해당하는 서식코드 기재 ※ 각 서식별 기재형식의 서식코드 참조 (예시) 병리검사결과지인 경우, ERP001	E																				
2. 서식버전	an(3)	FOM_VER	제출하는 서식에 해당하는 서식 버전을 기재 ※ 각 서식별 기재형식의 서식버전 참조 (예시) 002	E																				
3. 요양기관기호	an(8)	YKIHO	요양기관기호	E																				
4. 청구번호	an(10)	DMD_NO	요양급여비용 심사청구 시 요양기관에서 부여한 번호를 기재 • 유형: CCYYMM + 일련번호4자리 CCYYMM: 진료년월(6자리)	E																				
5. 접수번호	an(7)	RCV_NO	해당 내역을 청구한 명세서의 접수번호를 기재 ※ 접수번호가 없는 경우 '0000000'으로 기재	E																				
6. 접수년도	an(4)	RCV_YR	• 유형: CCYY	E																				
7. 청구서일련번호	n(3)	BILL_SNO	접수번호 부여 전 제출인 경우 '0' 기재 원청구건에 대한 제출인 경우 '1' 기재 보완청구건에 대한 제출인 경우, 심사결과통보서를 통해 통보된 번호를 기재	E																				
8. 명세서일련번호	an(5)	SP_SNO	요양급여비용 심사청구 시 요양기관에서 부여한 요양급여비용 명세서의 일련번호 • 00001-99999 • 100,000번째부터는A0000부터 연이어 기재	E																				
9. 보험자구분코드	an(1)	INSUP_TP_CD	보험자구분코드를 기재 4: 건강보험, 5: 의료급여, 7: 보훈, 8: 자동차보험	E																				
10. 참고업무 구분코드	an(2)	FOM_REF_BIZ_TP_CD	제출자료를 참고하는 업무 구분 코드를 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>01</td> <td>1차심사</td> <td>06</td> <td>신포괄</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>심사보완</td> <td>08</td> <td>난임시술</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>이의신청</td> <td>09</td> <td>진료의뢰회송</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>평가</td> <td>10</td> <td>신포괄정보관리평가</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>진료비민원</td> <td>11</td> <td>분석심사</td> </tr> </table>	01	1차심사	06	신포괄	02	심사보완	08	난임시술	03	이의신청	09	진료의뢰회송	04	평가	10	신포괄정보관리평가	05	진료비민원	11	분석심사	E
01	1차심사	06	신포괄																					
02	심사보완	08	난임시술																					
03	이의신청	09	진료의뢰회송																					
04	평가	10	신포괄정보관리평가																					
05	진료비민원	11	분석심사																					
1) 업무상세코드	an(5)	DTL_BIZ_CD	참고업무의 상세 업무구분이 있는 경우(참고업무 구분코드가 '03: 이의신청', '04: 평가'인 경우) 필수 기재 ※ 이의신청: RCV(접수), SUP(보완) ※ 평가: NIC(신생아중환자실), KHD(혈액투석), BLT(수혈), ANE(마취)	A																				
11. 요청번호	an(20)	REQ_DATA_NO	참고업무 구분코드가 '03: 이의신청, 05: 진료비민원, 09: 진료의뢰회송, 10: 신포괄정보관리평가'인 경우 필수 기재 단, '이의신청'의 경우 1)업무상세코드 'RCV(접수)'인 경우에만 필수 기재 ※ 요청번호는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A																				
12. 재심사접수ID	an(14)	RE_RV_RCV_ID	1) 업무상세코드가 이의신청: SUP(보완)인 경우 필수 기재 ※ 재심사접수ID는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A																				

□ 자율서식(CUS001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)

• n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	CUS001	E
요양기관서식코드	an(6)	SC_DTL_FOM_CD	심평원에 등록된 요양기관 사용 자율서식코드	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E
A. 서식항목				
1. 항목내용		TBL_FOM_CZITM		
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	E
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	요양기관 사용 자율항목코드	E
3) 항목코드명	an(400)	YADM_TRMN_NM	요양기관 사용 자율항목코드의 명칭	E
4) 항목내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값)	E
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	별도의 라벨을 가지고 있는 항목의 경우 기재	C
6) 표준매핑코드	an(100)	FOM_CZITM_CD	요양기관이 심평원에 항목을 요청하여 등록된 경우 그에 대응하는 표준항목코드 (요양기관입력값아님-에이전트에서매칭및전송)	C
2. 첨부	image	APND_DATA_NO	서식에 첨부할 파일이 있는 경우 첨부	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

Ⅲ. 기타자료 제출을 위한 표준서식(제3조의2 관련)의 작성요령

□ 문서공통정보 ※ 문서공통정보는 모든 서식에 공통으로 들어가는 항목으로 서식 제출시 필수로 기재해야 함

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분																				
1. 서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	제출하는 서식지에 해당하는 서식코드 기재 ※ 각 서식별 기재형식의 서식코드 참조 (예시) 병리검사결과지인 경우, ERP001	E																				
2. 서식버전	an(3)	FOM_VER	제출하는 서식에 해당하는 서식 버전을 기재 ※ 각 서식별 기재형식의 서식버전 참조 (예시) 002	E																				
3. 요양기관기호	an(8)	YKIHO	요양기관기호	E																				
4. 청구번호	an(10)	DMD_NO	요양급여비용 심사청구 시 요양기관에서 부여한 번호를 기재 • 유형: CCYYMM + 일련번호4자리 CCYYMM: 진료년월(6자리)	E																				
5. 접수번호	an(7)	RCV_NO	해당 내역을 청구한 명세서의 접수번호를 기재 ※ 접수번호가 없는 경우 '0000000'으로 기재	E																				
6. 접수년도	an(4)	RCV_YR	• 유형: CCYY	E																				
7. 청구서일련번호	n(3)	BILL_SNO	접수번호 부여 전 제출인 경우 '0' 기재 원청구건에 대한 제출인 경우 '1' 기재 보완청구건에 대한 제출인 경우, 심사결과통보서를 통해 통보된 번호를 기재	E																				
8. 명세서일련번호	an(5)	SP_SNO	요양급여비용 심사청구 시 요양기관에서 부여한 요양급여비용 명세서의 일련번호 • 00001-99999 • 100,000번째부터는A0000부터 연이어 기재	E																				
9. 보험자구분코드	an(1)	INSUP_TP_CD	보험자구분코드를 기재 4: 건강보험, 5: 의료급여, 7: 보훈, 8: 자동차보험	E																				
10. 참고업무 구분코드	an(2)	FOM_REF_BIZ_TP_CD	제출자료를 참고하는 업무 구분 코드를 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>01</td> <td>1차심사</td> <td>06</td> <td>신포괄</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>심사보완</td> <td>08</td> <td>난임시술</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>이의신청</td> <td>09</td> <td>진료의뢰회송</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>평가</td> <td>10</td> <td>신포괄정보관리평가</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>진료비민원</td> <td>11</td> <td>분석심사</td> </tr> </table>	01	1차심사	06	신포괄	02	심사보완	08	난임시술	03	이의신청	09	진료의뢰회송	04	평가	10	신포괄정보관리평가	05	진료비민원	11	분석심사	E
01	1차심사	06	신포괄																					
02	심사보완	08	난임시술																					
03	이의신청	09	진료의뢰회송																					
04	평가	10	신포괄정보관리평가																					
05	진료비민원	11	분석심사																					
1) 업무상세코드	an(5)	DTL_BIZ_CD	참고업무의 상세 업무구분이 있는 경우(참고업무 구분코드가 '03: 이의신청', '04: 평가'인 경우) 필수 기재 ※ 이의신청: RCV(접수), SUP(보완) ※ 평가: NIC(신생아중환자실), KHD(혈액투석), BLT(수혈), ANE(마취)	A																				
11. 요청번호	an(20)	REQ_DATA_NO	참고업무 구분코드가 '03: 이의신청, 05: 진료비민원, 09: 진료의뢰회송, 10: 신포괄정보관리평가'인 경우 필수 기재 단, '이의신청'의 경우 1)업무상세코드 'RCV(접수)'인 경우에만 필수 기재 ※ 요청번호는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A																				
12. 재심사접수ID	an(14)	RE_RV_RCV_ID	1) 업무상세코드가 이의신청: SUP(보완)인 경우 필수 기재 ※ 재심사접수ID는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A																				

1 입원 진료비 계산서·영수증(ORM001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ORM001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	“-” 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	진료를 받은 진료과목 또는 상병명에 해당하는 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
B. 입원 진료비 계산서·영수증				
1. 수납유형	an(1)	RECE_TY_CD	1 퇴원 2 중간	E
2. 진료기간-진료시작일	an(8)	DIAG_STA_DD	신포괄질병군 진료를 위하여 그달에 최초로 입원한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	E
3. 진료기간-진료종료일	an(8)	DIAG_END_DD	퇴원한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	E
4. 야간(공휴일)진료	an(1)	NGT_DIAG_CD	1 야간: 평일18시(토요일 13시)~익일09시) 2 공휴일: 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한 공휴일 진료 3 야간 및 공휴일	A
5. 질병군(DRG)번호	an(6)	DRG_NO	제II장 제1절 가.(3)“급여 대상 질병군 결정”에 의하여 결정된 질병군 번호로 첫 4자리는 질병군범주, 5번째 자리는 연령구분, 6번째 자리는 합병증 및 동반상병분류를 기재 • (예시) G67120	E
6. 병실	an(400)	SRM_NM	의료기관 내 병실을 기재	E
7. 환자구분	an(1)	PTNT_TY_CD	수진자의 보험자 종별에 따른 구분코드를 기재 • 구분코드 1 건강보험 2 의료급여 1종 3 의료급여 2종 4 보훈	E
8. 영수증번호(연월-일련번호)	an(20)	RCPT_NO	영수증을 발행한 해당년도, 월, 일련번호를 기재 • (예시) 17/06-6470874	E
<기본항목>		TBL_RCPT		
1. 진찰료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 진찰료는 'ENAMT' 기재	A
2) 일부분인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 일부분인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
2. 입원료				
1) 1인실				
2-1-1. 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 입원료 - 1인실은 'INAMT_BDM1' 기재	A
2-1-2. 일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
2-1-3. 일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
2-1-4. 전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
2-1-5. 선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
2-1-6. 선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
2) 2·3인실				
2-2-1. 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 입원료 - 2·3인실은 'INAMT_BDM2' 기재	A
2-2-2. 일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
2-2-3. 일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
2-2-4. 전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
2-2-5. 선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
2-2-6. 선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
3) 기타(4인실이상)				
2-3-1. 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 입원료 - 기타는 'INAMT_BDM4' 기재	A
2-3-2. 일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
2-3-3. 일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
2-3-4. 전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
2-3-5. 선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
2-3-6. 선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
3. 식대				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 식대는 'FOEP' 기재	A
2) 일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
4. 투약 및 조제료				
1) 행위료				

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
4-1-1. 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 투약 및 조제로 - 행위료는 'CPMD_ACTAMT' 기재	A
4-1-2. 급여-일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4-1-3. 급여-일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4-1-4. 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4-1-5. 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
4-1-6. 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
2) 약품비				
4-2-1. 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 투약 및 조제로 - 약품비는 'CPMD_MDAMT' 기재	A
4-2-2. 급여-일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4-2-3. 급여-일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4-2-4. 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4-2-5. 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
4-2-6. 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
5. 주사료				
1) 행위료				
5-1-1. 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 주사료 - 행위료는 'IJCT_ACTAMT' 기재	A
5-1-2. 급여-일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5-1-3. 급여-일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5-1-4. 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5-1-5. 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
5-1-6. 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
2) 약품비				
5-2-1. 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 주사료-약품비는 'IJCT_MDAMT' 기재	A
5-2-2. 급여-일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5-2-3. 급여-일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5-2-4. 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5-2-5. 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
5-2-6. 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
6. 마취료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 마취료는 'NCAMT' 기재	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
2) 급여-일부본인부담 -본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부본인부담 -공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_ BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_ AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_ EXCP_ AMT	숫자만 입력	A
7. 처치 및 수술료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_ CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 처치 및 수술료는 'DPAMT' 기재	A
2) 급여-일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_ BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_ AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_ EXCP_ AMT	숫자만 입력	A
8. 검사료				
8-1. 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_ CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 검사료는 'EXAMT' 기재	A
8-2. 급여-일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
8-3. 급여-일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
8-4. 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_ BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
8-5. 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_ AMT	숫자만 입력	A
8-6. 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_ EXCP_ AMT	숫자만 입력	A
9. 영상진단료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_ CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 영상진단료는 'IMG_ DIAMT' 기재	A
2) 급여-일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_ BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_ AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_ EXCP_ AMT	숫자만 입력	A
10. 방사선치료료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_ CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 방사선치료료는 'RADT_TRRT' 기재	A
2) 급여-일부본인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부본인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
11. 치료재료대				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 치료재료대는 'TMCAT' 기재	A
2) 급여-일부분인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부분인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
12. 재활및물리치료료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 재활 및 물리치료료는 'PTR' 기재	A
2) 급여-일부분인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_A MT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부분인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
13. 정신요법료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 정신요법료는 'PYAMT' 기재	A
2) 급여-일부분인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부분인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
14. 전혈 및 혈액성분제재료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 전혈 및 혈액성분제재료는 'BCF' 기재	A
2) 급여-일부분인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부분인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
<선택항목>				
1. CT 진단료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 CT진단료는 'CT_DIAMT' 기재	A
2) 급여-일부분인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부분인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
2. MRI 진단료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 MRI 진단료는 'MRI_DIAMT' 기재	A
2) 급여-일부분인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부분인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
3. PET 진단료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 PET 진단료는 'PET_DIAMT' 기재	A
2) 급여-일부분인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부분인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
4. 초음파진단료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 초음파진단료는 'ULTRS_DIAMT' 기재	A
2) 급여-일부분인부담-본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부분인부담-공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
5. 보철·교정료				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 보철·교정료는 'CRFE' 기재	A
2) 급여-일부본인부담 -본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부본인부담 -공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
6. 기타				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 기타는 'ETC_AMT' 기재	C
2) 기타-일부본인부담 -본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	C
3) 기타-일부본인부담 -공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	C
4) 기타-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	C
5) 기타-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	C
6) 기타-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	C
<시행령 별표2 제4호의 요양급여>				
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 기타는 'YPAY_XPNS' 기재	A
2) 급여-일부본인부담 -본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부본인부담 -공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A
1. 65세 이상 등 정액			「국민건강보험법」시행규칙 [별표3] 외래진료 등의 요양급여비용 총액에 관한 조건 및 본인부담액에 따라 65세 이상인 가입자 및 피부양자가 의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원에서 요양급여를 받는 경우의 본인부담액을 작성	
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 65세 이상 등 정액은 'A65G' 기재	A
2) 급여-일부본인부담 -본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부본인부담 -공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_EXCP_AMT	숫자만 입력	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
2. 정액수가(요양(의료)병원)			건강보험요양급여비용 요양병원 환자군 급여목록. 상 대가치접수 및 산정지침에 따라 산정된 금액을 기재	
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_ CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 정액수가(요양(의료)병 원은 'FAMT_MDFEE' 기재	A
2) 급여-일부분인부담 -본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부분인부담 -공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_ BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_ AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_ EXCP_AMT	숫자만 입력	A
3. 포괄수가진료비			<ul style="list-style-type: none"> • 시범사업 지침 진료수가기준에서 정한 기준수가에 평균입원일수와 해당 환자의 입원일수 차이만큼 일 당수가를 가감하여 10원미만은 4사5입한 금액을 기재한다. * 포괄수가=기준수가+((환자입원일수-평균입원일수) × 일당수가) • 포괄수가는 요양(의료급여)기관 종별 가산율이 적용 된 수가이므로 이를 별도로 산정하여서는 아니된다. • 신포괄대상 질병군으로 입원중 90일이 초과하여 진 료한 내역은 91일째 부터는 신포괄대상에서 제외되 므로 행위별 수가로 청구한다. 	
1) 항목코드	an(20)	RCPT_CZITM_ CD	항목을 나타내는 줄의 코드로 포괄수가진료비는 'ICSN_MDFEE' 기재	A
2) 급여-일부분인부담 -본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
3) 급여-일부분인부담 -공단부담금	n(18)	HINSU_BRDN_ AMT	숫자만 입력	A
4) 급여-전액본인부담	n(18)	ALAM_SLF_ BRDN_AMT	숫자만 입력	A
5) 비급여-선택진료료	n(18)	CHIC_DIAG_ AMT	숫자만 입력	A
6) 비급여-선택진료료 이외	n(18)	CHIC_DIAG_ EXCP_AMT	숫자만 입력	A
4. 합계				
① 일부분인부담-본인부담금	n(18)	GSUM_SLF_ BRDN_AMT	요양급여비용 명세서의 급여-일부분인부담-본인부담 금(비포괄항목의 본인부담금과 포괄수가의 본인부담 금)을 합하여 기재	A
② 일부분인부담-공단부담금	n(18)	GSUM_HINSU_ BRDN_AMT	요양급여비용 명세서의 급여-일부분인부담-공단부담 금(비포괄항목의 공단부담금과 포괄수가의 공단부담 금)을 합하여 기재	A
③ 전액본인부담	n(18)	GSUM_ALAM_ SLF_BRDN_ AMT	요양급여비용 명세서의 급여-전액본인부담을 합하여 기재	A
④ 선택진료료	n(18)	GSUM_CHIC_ DIAG_AMT	선택진료료를 받는 경우에 선택진료료에 관한 규칙에 따 라 추가되는 비용을 합하여 기재	A
⑤ 선택진료료 이외	n(18)	GSUM_CHIC_ DIAG_EXCP_ AMT	비급여대상 중 선택진료료를 제외한 금액을 합하여 기재	A
⑥ 상한액 초과금	n(18)	MX_ECS_AMT	숫자만 입력	A
⑦ 진료비 총액(①+②+③+④+⑤)	n(18)	DAMT_TOT_ AMT	본인일부부담금합계+공단부담금합계+전액본인부담금합 계+선택진료료합계+선택진료료이외비급여합계	A
⑧ 환자부담 총액((①-⑥)+③+④+⑤)	n(18)	PTNT_BRDN_ TOT_AMT	(본인일부부담금합계-상한액초과금)+전액본인부담금합 계+선택진료료합계+선택진료료이외비급여합계	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
⑨ 이미 납부한 금액	n(18)	PPMT_AMT	수진자가 이미 납부한 금액을 기재	A
⑩ 납부할 금액(⑧-⑨)	n(18)	PYMN_EPT_AMT	환자부담총액에서 이미 납부한 금액을 뺀 금액을 기재	A
⑪ 납부한 금액				
⑪-1. 카드	n(18)	PPMT_CARD_AMT	진료비를 결제수단이 카드인 경우 금액을 기재	A
⑪-2. 현금영수증	n(18)	PPMT_CASH_RCPT_AMT	진료비를 현금 결제 후 현금영수증을 발급한 금액을 기재	A
⑪-3. 현금	n(18)	PPMT_CASH_AMT	진료비를 결제수단이 카드인 경우 금액을 기재	A
⑪-4. 합계	n(18)	PPMT_GSUM_AMT	카드+현금영수증+현금으로 납부한 금액의 합계를 기재	A
⑫ 납부하지 않은 금액(⑩-⑪)	n(18)	PYMN_BLCE_AMT	납부할금액-납부한 금액을 기재	A
5. 현금영수증				
1) 신분확인번호	an(50)	POSI_CFR_NO	현금영수증 신청을 위한 신분확인용도로 쓰일수 있는 번호를 말하며 현금영수증카드번호, 휴대폰번호, 주민등록번호 등 해당	A
2) 현금승인번호	an(50)	CASH_ADMT_NO	「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청시 발급 받는 승인번호가 적힌 경우에 해당한다.	A
6. 환자 실지불금액	n(18)	PTNT_PYMN_TOT_AMT	숫자만 입력	A
7. 환자 미수금액	n(18)	PTNT_RCVB_AMT	숫자만 입력	A
8. 긴급의료 지원금액	n(18)	EMGY_MED_SPAMT	숫자만 입력	A
9. 무한돌봄 지원금액	n(18)	INFN_CARE_SPAMT	숫자만 입력	A
10. 장애인 지원금액	n(18)	HNDP_SPAMT	숫자만 입력	A
11. 환우회 지원금액	n(18)	PTNT_GRP_SPAMT	숫자만 입력	A
12. 병원자체 지원금액	n(18)	HOSP_OSLF_SPAMT	숫자만 입력	A
13. 기타 지원금액	n(18)	ETC_SPAMT	숫자만 입력	A
14. 감면액	n(18)	RDXN_AMT	숫자만 입력	A
15. 요양(의료)기관 임의활용공간	an(8000)	YADM_OPT_PUSE_DTL_TXT	추가 기술사항 기재	C
16. 선택진료 신청	an(1)	CHIC_DIAG_APL_CD	1 유 2 무	E
17. 요양(의료)기관 종류	an(2)	RECU_CL_CD	01 상급종합병원 11 종합병원 21 병원급	E
18. 사업자등록번호	an(10)	BIZRNO	"-" 생략 기재	E
19. 상호	an(400)	CPNM_NM		E
20. 전화번호	an(20)	TELNO		E
21. 사업장 소재지	an(50)	OFC_LOC_TXT		E
22. 대표자	an(50)	RPPR_NM		E
23. 발급일	an(8)	ISUE_DD	발급한 날짜를 기재 • 유형: ccymdd	E
C. 추가 정보				

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C

※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99+'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)

2 의료의 질 향상을 위한 점검표(OCQ001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	OCQ001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
1. 작성일	an(8)	WRT_DD	작성한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	E	
2. 의사	an(50)	DR_NM	의사의 성명을 기재	C	
3. 간호사	an(50)	NURSE_NM	간호사의 성명을 기재	C	
4. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	점검표 작성자의 성명을 기재	E	
5. 작성자 서명	image	APND_DATA_NO	공인인증서명 완료된 작성자명(서명 이미지)	C	
6. 입원일	an(8)	IPAT_DD	입원한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	E	
7. 퇴원일	an(8)	DSCG_DD	퇴원한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	E	
8. 진단단코드	an(6)	MSICK_CD	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수 기호는 기재 생략	E	
9. 진단단명	an(400)	MDIAG_NM	담당의사가 부여한 진단 명칭을 기재	E	
10. 기타진단		TBL_ETC_DIAG			
99	1) 기타진단코드	an(6)	ETC_SICK_CD	통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, '.' 또는 '*' 등 특수 기호는 기재 생략	A
	2) 기타진단명	an(400)	ETC_DIAG_NM	담당의사가 부여한 진단 명칭을 기재	A
B. 의료의 질 향상을 위한 점검표					
1. 수술 전 진료의 점검 사항 (외과적 질병군에 한함)					
1) 수술 전 준비의 적절성					
1-1-1. 수술 전 필요 검사 시행	an(1)	SOPR_BF_EXM_ENFC_YN	1 시행 2 미시행	A	
1-1-2. 수술동역서 작성	an(1)	SOPR_WRCN_WRT_YN	1 작성 2 미작성	A	
1-1-3. 수술 전후 환자 교육 시행	an(1)	SOPR_EDU_ENFC_YN	1 시행 2 미시행	A	
1-1-4. 당일 예정 수술의 정상적 시행	an(1)	SOPR_NRM_ENFC_YN	1 시행 2 미시행	A	
2. 입원 중 진료의 점검 사항					
1) 입원 중에 일어난 상태					

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명			구분		
2-1-1. 불의의 병원 내 물리적 사고 (낙상 등)	an(1)	PYC_ACDT_YN	1	없음	2	있음	E	
2-1-2. 수혈사고 혹은 수혈부작용	an(1)	BLTS_ACDT_YN	1	없음	2	있음	E	
2-1-3. 투약실수 혹은 약물부작용	an(1)	MDCT_ACDT_YN	1	없음	2	있음	E	
세부내용	an(1)	MDCT_ACDT_TXT	투약실수 혹은 약물부작용이 '2. 있음'인 경우 구분코드를 기재			A		
			1	사무착오로 인한 투약실수				
			2	과다투여(Overdosage)				
			3	약물 알레르기(Drug allergy)				
			4	약물열(Drug fever)				
			5	기타 부작용				
2-1-4. 마취사고 혹은 마취부작용	an(1)	NCT_ACDT_YN	1	없음	2	있음	E	
세부내용	an(2)	NCT_ACDT_TXT	마취사고 혹은 마취부작용이 '2. 있음'인 경우 구분코드를 조합하여 기재 예) 전신마취후 발생한 폐렴: 'A3' (대소문자 구분 유의)			A		
			A	전신마취	B	척추마취	C	기타 국소마취
			1	중추신경계(경련, 마비, 의식장애 등)				
			2	순환계(부정맥, 저혈압, 심장정지 등)				
			3	호흡계(후두경련, 호흡장애, 폐렴 등)				
			4	과민반응(Anaphylaxis)				
			5	국소합병증(염증, 혈종, 손상 등)				
			6	기타 부작용				
2) 중환자실 이용	an(1)	SPRM_USE_YN	1	없음	2	있음	E	
3) 감염증	an(1)	INFC_SYMT_YN	1	없음	2	있음	E	
4) 수술 후 합병증	an(1)	SOPR_AF_CPCT_YN	1	없음	2	있음	A	
2-4-1. 세부내용	an(8000)	SOPR_AF_CPCT_TXT	수술 후 합병증이 '2. 있음'인 경우 해당 합병증의 상세내용을 기재			A		
5) 재수술	an(1)	RE_SOPR_YN	1	없음	2	있음	A	
6) 사망	an(1)	DEATH_YN	1	없음	2	있음	E	
2-6-1. 사망의 유형	an(1)	DEATH_TY_CD	사망이 '2. 있음'인 경우 사망코드 해당여부를 기재			A		
			1	수술 중 혹은 수술 직후의 사망				
			2	기타 예상하지 못한 사망				
3. 퇴원 전 진료의 점검 사항								
1) 퇴원기록지 작성	an(1)	DSCG_SMDC_WRT_YN	1	작성	2	미작성	E	
2) 퇴원계획의 적절성 여부	an(1)	DSCG_PLAN_PPRT_YN	1	예	2	아니오	E	
3) 정상퇴원 여부	an(1)	NRM_DSCG_YN	1	정상	2	이상	E	
3-3-1. 퇴원의 유형	an(1)	DSCG_TY_CD	퇴원의 유형(정상퇴원 여부)가 '2. 이상'인 경우 구분코드를 기재			A		
			1	의학적 권고에 반한 퇴원				

항 목 명		MODE	KEY	항 목 설 명			구분	
				2	타의료기관으로의 전원			
				3	사망			
4)	퇴원 시 환자 상태의 안정성 (퇴원전 24시간 이내)							
3-4-1.	혈압 : SBP(<85 or >180), DBP(<50 or >110)	an(1)	BPRSU_PRBM_YN	1	없음	2	있음	E
3-4-2.	체온 : 측정체온 38.3℃ 이상 (측정방법 불분)	an(1)	TMPR_PRBM_YN	1	없음	2	있음	E
3-4-3.	맥박 : 50회/분 이하 또는 120회/분 이상 (β-block투여 시 45회)	an(1)	PULS_PRBM_YN	1	없음	2	있음	E
3-4-4.	해결되지 않았고 설명이 없는 검사결과 이상	an(1)	EXM_PRBM_YN	1	없음	2	있음	E
3-4-5.	통증, 압통, 발적감, 수술부위의 문제	an(1)	SOPR_RGN_PRBM_YN	1	없음	2	있음	E
C. 추가 정보								
	1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재				
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)			C	
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019			C	
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항			C	
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...			C	
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보			C	
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)								

3 난임시술기록지(RTI001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분				
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재								
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RTI001	E				
서식버전	an(3)	FOM_VER	003	E				
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	의료기관에서 부여한 환자등록번호를 기재	E				
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E				
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	생년월일+1자리까지 기재(나머지 '0' 기재) (예시) 9401012000000	E				
A. 기본 정보								
1. 난임 원인	an(2)	CBPREG_CUZ_CD	난임 원인 구분자를 기재 (단일선택)	E				
			01 남성요인					
			02 배란기능장애					
			03 난소기능저하					
			04 난관요인					
			05 자궁요인					
			06 자궁내막증					
			07 원인불명					
			08 복합요인					
			09 기타					
1) 복합요인 또는 기타요인 상세	an(40)	CBPREG_CUZ_ETC_TXT	난임 원인이 '08: 복합요인'인 경우 01~06까지 숫자 기재(예시: 01, 02, 04) 난임 원인이 '99: 기타'인 경우 해당 내용을 평문으로 기재	A				
2. 임신 시도 기간	an(1)	PREG_TRY_TRM_CD	임신 시도 기간에 해당하는 구분자를 기재	E				
			1 1년 미만					
			2 1년 이상~2년 미만					
			3 2년 이상~3년 미만					
			4 3년 이상					
3. 산과 과거력			각 항목에 대한 횟수를 기재(없는 경우 0 기재)					
			1) 임신 횟수		n(2)	PREG_FQ	임신 횟수를 기재	E
			2) 유산 횟수		n(2)	MCRG_FQ	유산 횟수를 기재	E
			3) 출산 횟수		n(2)	CHBIR_FQ	출산 횟수를 기재	E
4. 이전 난임시술 (※ 타병원 시술 포함)			각 항목에 대한 횟수를 기재(없는 경우 0 기재)					
			1) 인공수정시술 시행횟수		n(2)	BF_ININ_MOPR_FQ	이전 인공수정시술 시행횟수를 기재	E
			2) 신선배아이식 시행횟수		n(2)	BF_FRSH_EMBR_TRP_FQ	이전 신선배아이식 시행횟수를 기재	E
			3) 동결배아이식 시행횟수		n(2)	BF_FRZ_EMBR_TRP_FQ	이전 동결배아이식 시행횟수를 기재	E
5. 난임 진단을 위한 검사 실시 (※ 타병원 시술 포함)								
			1) 정액검사 시행 여부		an(1)	SMN_EXM_YN	정액검사 시행 여부 구분자를 기재 1 Yes 2 No	E
			2) 자궁난관개통 검사 시행 여부		an(1)	UTRS_FATB_EXM_YN	자궁난관개통검사 시행 여부 구분자를 기재 1 Yes 2 No 3 불필요	E

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
6. 시술 관련 상담 및 교육 실시	an(1)	MOPR_EDU_EXEC_YN	시술 관련 상담 및 교육 실시 여부 구분자를 기재	E
			1 Yes 2 No	
7. 시술유형	an(1)	CBPREG_MOPR_TP_CD	난임시술에 대한 구분코드를 기재	E
			1 인공수정 2 체외수정	
8. 체외수정시술 유형	an(1)	CBPREG_EXFR_CD	7. 시술유형이 '2: 체외수정'인 경우 체외수정시술유형을 기재	A
			1 신선배아이식 2 동결배아이식 3 신선배아+동결배아 동시이식	
B. 인공수정 시술 정보 (7. 시술유형 '1: 인공수정'인 경우 필수기재)				
1. 배란 유도 방법	an(1)	ININ_OVU_GDNG_CD	배란 유도 방법에 해당하는 구분자를 기재	A
			1 자연주기 2 배란유도	
2. 정자 채취 방법	an(1)	ININ_SPM_GAT_CD	정자 채취 방법에 해당하는 구분코드 기재 (단일선택)	A
			• 구분코드	
			0 안(못)함	
			1 사정정자	
			2 공여정자 이용	
3 냉동정자 이용				
9 기타				
1) 정자 채취 방법 기타 내용	an(40)	ININ_SPM_GAT_ETC_TXT	정자채취 방법 '9. 기타'인 경우 해당 내용을 평문으로 기재	A
3. IUI 시행여부	an(1)	ININ_ENFC_YN	IUI 시행여부 구분자를 기재	A
			1 Yes 2 No	
1) IUI 시행일	an(8)	ININ_DD	3. IUI 시행여부 '1: Yes'인 경우 IUI 시행일을 필수기재(ccyyymmdd)	A
4. 시술 결과	an(1)	ININ_MOPR_RST_CD	3. IUI 시행여부 '1: Yes'인 경우 필수기재	A
			시술결과에 해당하는 구분자를 기재	
			1 정상임신	
			2 자궁외 임신	
			3 화학적 임신	
4 임신실패				
9 확인불가				
1) 임신낭개수	n(2)	ININ_GSAC_CNT	4. 시술결과 '1: 정상임신'인 경우 임신낭 개수를 필수기재	
5. 시술 중단 사유	an(2)	ININ_MOPR_ST_RS_CD	3. IUI 시행여부 '2: No'인 경우 필수기재	
			시술 중단 사유에 해당하는 구분코드를 기재	
			01 자연임신	
			02 OHSS	
			03 개인사정	
04 배란유도 실패				
05 의학적 사유				
1) 의학적 사유 상세내용	an(40)	ININ_MOPR_ST_RS_TXT	시술 중단 사유 '05: 의학적 사유'인 경우 해당 내용을 평문으로 기재	A
C. 체외수정 시술 정보				
1. 신선배아이식 시술 정보			A-8. 체외수정시술유형 '1: 신선배아이식', '3: 신선배아+동결배아 동시이식'인 경우만 기재	
1) 난자제공 유형 및 난자종류			각 항목에 해당하는 경우 '1. Yes' 기재(해당사항이 없는 경우 '2. No' 기재)	
자가-신선난자	an(1)	SLF_FRSH_EGG_OFFR_YN	1 Yes 2 No	A
자가-냉동난자	an(1)	SLF_FRZ_EGG_OFFR_YN	1 Yes 2 No	A
공여-신선난자	an(1)	GIVE_FRSH_EGG_OFFR_YN	1 Yes 2 No	A
공여-냉동난자	an(1)	GIVE_FRZ_EGG_OFFR_YN	1 Yes 2 No	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
2) 배란유도방법	an(1)	EXFR_OVU_GDNG_CD	C-1-1) 난자제공 유형 및 종류-자가-신선난자 '1. Yes' 인 경우 필수 배란 유도 방법에 해당하는 구분자를 기재 1 과배란유도 2 연자극 3 체외성숙 4 자연주기 9 기타	A
1-2-1. 기타 상세내용	an(40)	EXFR_OVU_GDNG_ETC_TXT	배란 유도 방법 '9: 기타'인 경우 해당 내용을 평문으로 기재	A
3) 정자 채취 방법	an(1)	EXFR_SPM_GAT_CD	정자 채취 방법에 해당하는 구분자를 기재 (단일선택) • 구분코드 0 안(못)함 1 사정정자 2 교환조직정자흡인(TEESA) 3 교환조직정자추출(TESE) 4 미세수술적 부교환정자흡인(MESA) 5 현미경하 미세수술적 다중교환조직정자추출(MTSE) 6 공여정자 이용 7 냉동정자 이용	A
4) 난자 채취 시행 여부	an(1)	EXFR_EGG_GAT_ENFC_YN	난자 채취 시행여부 구분자를 기재 C-1-1) 난자제공 유형 및 난자종류가 '1: 자가-신선난자'인 경우 필수기재 1 Yes 2 No	A
1-4-1. 채취 난자 수	n(2)	EXFR_EGG_GAT_CNT	C-1-4) 난자채취시행여부 '1. Yes'인 경우 채취한 난자 수를 기재	A
1-4-2. 난자 채취일	an(8)	EXFR_EGG_GAT_DD	C-1-4) 난자채취시행여부 '1. Yes'인 경우 난자 채취일자를 기재(ccyyymmdd)	A
5) 배아 수정	an(1)	EMBR_MTH_CD	배아수정 구분자를 기재 0 안(못)함 1 IVF 2 ICSI 3 IVF + ICSI 9 기타	A
1-5-1. 기타 상세내용	an(40)	EMBR_MTH_ETC_TXT	C-1-5) 배아 수정 '9: 기타'인 경우 해당 내용을 평문으로 기재	A
2. 배아이식 정보			7. 시술유형 '2: 체외수정'인 경우 필수 기재	
1) 배아 이식 여부	an(1)	EMBR_TRP_YN	배아이식 여부 구분자를 기재 1 Yes 2 No 3 배아모두동결	A
2-1-1. 배아 이식일	an(8)	EMBR_TRP_DD	C-2-1) 배아이식 여부 '1. Yes'인 경우 배아이식일을 기재(ccyyymmdd)	A
2-1-2. 동결배아수	n(2)	FRZ_EMBR_CNT	C-2-1) 배아이식 여부 '3. 배아모두동결'인 경우 동결한 배아수를 기재	A
2) 배아이식현황				
신선배아, 난할기 이식 배아 수	n(2)	FRSH_CVST_TRP_EMBR_CNT	A-8. 체외수정시술유형 '1: 신선배아이식', '3: 신선배아+동결배아 동시이식'인 경우 필수 기재	A
신선배아, 포배기 이식 배아 수	n(2)	FRSH_BSST_TRP_EMBR_CNT	A-8. 체외수정시술유형 '1: 신선배아이식', '3: 신선배아+동결배아 동시이식'인 경우 필수 기재	A
동결배아, 난할기 이식 배아 수	n(2)	FRZ_CVST_TRP_EMBR_CNT	A-8. 체외수정시술유형 '2: 동결배아이식', '3: 신선배아+동결배아 동시이식'인 경우 필수 기재	A
동결배아, 포배기 이식 배아 수	n(2)	FRZ_BSST_TRP_EMBR_CNT	A-8. 체외수정시술유형 '2: 동결배아이식', '3: 신선배아+동결배아 동시이식'인 경우 필수 기재	A
잔여배아 동결보관 수	n(2)	FRZ_CST_EMBR_CNT	A-8. 체외수정시술유형 '1: 신선배아이식', '3: 신선배아+동결배아 동시이식'인 경우 필수 기재	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
3) 시술 결과	an(1)	EXFR_MOPR_RST_CD	C-2-1) 배아이식 여부 '1. Yes'인 경우만 기재 시술결과에 해당하는 구분자를 기재 1 정상임신 2 자궁외 임신 3 화학적 임신 4 임신실패 9 확인불가	A
2-3-1. 임신낭개수	n(2)	EXFR_GSAC_CNT	3) 시술결과 '1. 정상임신'인 경우 임신낭 개수를 기재	
4) 시술 중단 사유	an(2)	EXFR_MOPR_ST_RS_CD	C-2-1) 배아이식 여부 '2. No'인 경우만 기재 시술 중단 사유에 해당하는 구분코드를 기재 01 자연임신 02 OHSS 03 개인사정 04 난자채취 실패(공난포포함) 05 배아생성 실패 06 자궁내막불량 07 의학적 사유	A
2-4-1. 의학적 사유 상세내용	an(40)	EXFR_MOPR_ST_RS_TXT	4) 시술 중단 사유 '07: 의학적 사유'인 경우 해당 내용을 평문으로 기재	A
5) 배아모두동결 사유	an(1)	EXFR_EMBR_FRZ_RS_CD	C-2-1) 배아이식 여부 '3. 배아모두동결'인 경우만 기재 1 다음 시술위험(배아모아서이식) 2 착상전 유전검사 시행 위험 3 OHSS 4 자궁내막 불량 5 개인사정 9 기타	A
2-5-1. 기타 상세 내용	an(40)	EXFR_EMBR_FRZ_RS_ETC_TXT	배아동결 사유 상세내용 '9: 기타'인 경우 해당 내용을 평문으로 기재	A

※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)

4 교육상담일지(RPE001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재				
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RPE001	E
서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	“-” 생략 기재	E
A. 기본 정보				
1. 진료일시	an(12)	DIAG_DT	진료를 받은 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 진료받은 경우: 202007010000	E
2. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	진료를 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E
3. 병동	an(400)	WARD_NM	해당 입원 시 최초 병동을 기재	E
4. 병실	an(400)	SRM_NM	해당 입원 시 최초 병실을 기재	E
5. 처방일시	an(12)	PRSC_DT	해당 교육상담을 처방한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 처방한 경우: 202007010000	E
6. 실시일시	an(12)	EXEC_DT	해당 교육상담을 실시한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 실시한 경우: 202007010000	E
7. 실시자 성명	an(50)	CHRG_P_NM	해당 교육상담을 시행한 실시자의 성명을 기재	E
B. 교육상담 정보				
1. 교육상담 사유	an(8000)	EDU_CNLS_RS_TXT	교육상담을 처방/시행한 사유를 평문으로 기재	E
2. 교육상담 내용	CLOB	EDU_CNLS_TXT	교육상담 내용을 평문으로 기재	E
C. 추가 정보				
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+ 1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99+'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

5 이학요법 실시 기록지(RPH001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RPH001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	“-” 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
1. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	진료를 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E	
2. 병동	an(400)	WARD_NM	해당 입원 시 최초 병동을 기재	C	
3. 병실	an(400)	SRM_NM	해당 입원 시 최초 병실을 기재	C	
4. 처방일시	an(12)	PRSC_DT	해당 이학요법을 처방한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 처방한 경우: 202007010000	E	
5. 실시일시	an(12)	EXEC_DT	해당 이학요법을 실시한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 실시한 경우: 202007010000	E	
6. 종료일시	an(12)	END_DT	해당 이학요법을 종료한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 종료한 경우: 202007010000	E	
7. 실시자 성명	an(50)	CHRG_P_NM	해당 이학요법을 시행한 실시자의 성명을 한글 기재	E	
B. 이학요법 정보					
1. 이학요법 종류	an(8000)	PCURE_KND_TXT	이학요법의 종류를 평문으로 기재	E	
2. 실시방법 및 내용	CLOB	PCURE_TXT	이학요법의 실시방법 및 내용을 평문으로 기재	E	
C. 추가 정보					
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재		
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99+'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

6 정신요법 실시 기록지(RPS001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)
- 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	RPS001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	“-” 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
1. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	진료를 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E	
2. 병동	an(400)	WARD_NM	해당 입원 시 최초 병동을 기재	C	
3. 병실	an(400)	SRM_NM	해당 입원 시 최초 병실을 기재	C	
4. 처방일시	an(12)	PRSC_DT	해당 정신요법을 처방한 날짜의 시각을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 처방한 경우: 202007010000	E	
5. 실시일시	an(12)	EXEC_DT	해당 정신요법을 실시한 날짜의 시각을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 실시한 경우: 202007010000	E	
6. 종료일시	an(12)	END_DT	해당 정신요법을 종료한 날짜의 시각을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 종료한 경우: 202007010000	E	
7. 실시자 성명	an(50)	CHRG_P_NM	해당 정신요법을 시행한 실시자의 성명을 한글 기재	E	
B. 정신요법 정보					
1. 정신요법 종류	an(8000)	PSYCHI_CURE_KND_TXT	정신요법의 종류를 평문으로 기재	E	
2. 실시방법 및 내용	CLOB	PSYCHI_CURE_TXT	정신요법의 실시방법 및 내용을 평문으로 기재	E	
C. 추가 정보					
1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재		
99+	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

7 처방소견서(ONP001)

- Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
- n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ONP001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	“-” 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
1. 진료형태	an(1)	DIAG_FRM_CD	환자의 진료형태 구분자를 기재. 다만, 선택진료 의사(1명)에 대해 외래·입원 진료하는 경우, 외래·입원 각각의 신청서 필요	E	
			1 외래 2 입원		
2. 진료과	an(2)	DGSBJT_CD	진료를 받은 진료과목을 기재 ※ (별첨) 진료과목 참조	E	
3. 담당의사 성명	an(50)	CHRG_DR_NM	담당의사의 성명을 기재	E	
4. 담당의사 면허종류	an(1)	CHRG_DR_LCS_KND_CD	담당의사의 면허종류 구분자를 기재	E	
			• 면허종류 1 의사 2 치과의사 3 한의사		
5. 담당의사 면허번호	an(10)	CHRG_DR_LCS_NO	담당의사의 면허번호를 기재	E	
6. 작성자 성명	an(50)	WRTP_NM	처방소견서를 작성한 의사의 성명을 기재	E	
7. 작성일시	an(12)	WRT_DT	처방소견서를 작성한 날짜의 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 작성한 경우: 202007010000	E	
B. 소견서					
처방 소견		TBL_PRSC_OPN			
99	1. 실시일시	an(12)	EXEC_DT	해당 행위·약제·치료재료를 실시한 날짜의 시간을 기재 (해당 사항이 없는 경우 '-' 입력) • 유형: ccyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 실시한 경우: 202007010000	E
	2. 처방명	an(8000)	PRSC_NM	행위·약제·치료재료의 명칭을 평문으로 기재	E
	3. 의사 소견	CLOB	DR_OPN_TXT	의사의 소견을 평문으로 기재	E
C. 추가 정보					
99+	1. 서식데이터		TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
	1) 순서	n(9)	SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50)	YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400)	YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000)	DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400)	LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

8 진료비 세부산정내역(ODF001)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보 ※ □문서공통정보 참조하여 기재					
서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ODF001	E	
서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	“-” 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
1. 진료기간	n(16)	DIAG_TRM_TXT	요양급여비용 심사청구서의 “진료년월” 시작일자과 종료일자를 아래 유형으로 기재 • 유형: CCYYMMDDCCYYMMDD • (예시) 진료기간이 2019/1/1 부터 2019/1/20 인 경우: 2019010120190120	E	
2. 진료형태	an(1)	DIAG_FRM_CD	환자의 진료형태 구분자를 기재	E	
			1 외래 2 입원		
3. 병실	an(400)	SRM_NM	2. 진료형태가 '2:입원'인 경우, 의료기관 내 병실을 기재	A	
4. 환자구분	an(1)	PTNT_INSUP_TP_CD	수진자의 보험자 종별에 따른 구분코드를 기재	E	
			• 구분코드		
			1 건강보험		
			2 의료급여 1종		
			3 의료급여 2종		
4 보훈					
5. 비고	an(8000)	RMK_TXT		C	
B. 진료비 세부산정내역					
1. 항목		TBL_DAMT_CALC_CZITM	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서·영수증 항목 기준으로 기재		
99+ 1) 비급여-대분류	an(2)	NPAY_LDIV_CD	대분류	E	
			코드		내용
			01		전액본인부담
			02		선택진료
			03		비급여
2) 비급여-중분류	an(2)	NPAY_MDIV_CD	중분류	E	
			코드		내용
			01		진찰료
			02		입원료
			03		식대
			04		투약 및 조제료
			05		주사료
			06		마취료
			07		처치 및 수술료
			08		검사료
09	영상진단료				
10	방사선치료료				

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
			11 치료재료대	
			12 재활 및 물리치료료	
			13 정신요법료	
			14 전혈 및 혈액성분제제료	
			15 CT진단료	
			16 MRI진단료	
			17 PET진단료	
			18 초음파진단료	
			19 보철 교정료	
			20 기타	
			21 의료기관미징수로(원외처방)	
			22 의료기관미징수로(치료재료)	
2. 실시일자	an(8)	EXEC_DD	각 항목별 실시일자를 기재 • 유형: ccyyymmdd	E
3. 종료일자	an(8)	END_DD	각 항목별 종료일자를 기재(입원 진료 시 동일한 내역이 반복되는 경우) • 유형: ccyyymmdd	A
4. 세부항목 코드	an(9)	MDFEE_CD	1. 「요양급여비용 청구방법 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따른 코드(진료수가, 의약품, 치료재료 등)를 기재 2. 상기 1의 코드가 없는 경우 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」[별표1] 공개항목의 비급여코드를 우선 기재하고 해당코드가 없는 경우 요양기관 자체 코드 기재	E
5. 세부항목 명칭	an(400)	MDFEE_CD_NM	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에서 정한대로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 급여대상 및 비급여대상의 세부항목별 코드에 해당하는 명칭 기재	E
6. 금액	n(18)	AMT	단가*에 종별가산 등이 포함된 금액 * (단가) - 진료수가는 각 항목의 상대가치점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재 - 약제, 치료재료, 원료약 등의 경우「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가를 원 미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재	E
7. 1일 실시(투여) 횟수	n(5.4)	DY1_INJC_QTY	1일 총 실시횟수 또는 총투여(사용)량을 기재(단, 해당값이 없는 경우 '0.0' 기재) * 행위는 '1일 실시횟수', 약제는 '1일 투여량', 치료재료는 '1일 사용량'을 기재	E
8. 총 실시(투여) 일수	n(3)	TOT_INJC_DDCNT	총 실시(투여)일수 기재(단, 해당값이 없는 경우 '0' 기재)	E
9. 총액	n(18)	COMP_AMT	금액(1회) x 실시(투여)횟수 x 실시(투여)일수를 계산 한 후 기재	E
10. 급여			해당값이 없는 경우 '0' 기재	
10-1. 일부분인 부담본인 부담금	n(18)	SLF_BRDN_AMT	요양급여비용 중 수진자 본인부담금액 기재	E
10-2. 일부분인 부담공단 부담금	n(18)	INSUP_BRDN_AMT	요양급여비용 중 보험자 부담금액 기재	E
10-3. 전액본인부담	n(18)	P100_SLF_BRAMT_AMT	요양급여비용 중 100분의100 본인부담금 기재	E
11. 비급여	n(18)	NPAY_AMT	비급여 항목에 해당하는 금액을 기재	E
12. 계			항목별 합산 금액 기재(단, 해당값이 없는 경우 '0' 기재)	
12-1. 총액	n(18)	TOT_AMT	요양급여비용 중 총액의 총 합계를 기재	E
12-2. 급여일부 본인부담 본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_TOT_AMT	요양급여비용 중 수진자 본인부담금액의 총 합계를 기재	E

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
12-3. 급여일부 본인부담 공단부담금	n(18)	INSUP_BRDN_TOT_AMT	요양급여비용 중 보험자 부담금액의 총 합계를 기재	E
12-4. 전액본인부담	n(18)	P100_SLF_BRAMT_TOT_AMT	요양급여비용 중 100분의100 본인부담금의 총 합계를 기재	E
12-5. 비급여	n(18)	NPAY_TOT_AMT	비급여 항목의 총 합계를 기재	E
13. 필수처리 조정금액			필수처리로 조정되는 금액 기재(단, 해당값이 없는 경우 '0' 기재) * 필수처리는「국민건강보험법」제107조 및「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따름	
13-1. 총액	n(18)	TOT_FRCT_AMT		E
13-2. 급여일부 본인부담 본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_FRCT_AMT		E
13-3. 급여일부 본인부담 공단부담금	n(18)	INSUP_BRDN_FRCT_AMT		E
13-4. 전액본인부담	n(18)	P100_SLF_BRAMT_FRCT_AMT		E
13-5. 비급여	n(18)	NPAY_FRCT_AMT		E
14. 합계			'계'의 금액에 필수처리 조정금액을 반영한 최종금액 기재(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서·영수증의 항목별 금액과 동일하게 기재) 단, 해당값이 없는 경우 '0' 기재	
14-1. 총액	n(18)	TOT_GSUM_AMT		E
14-2. 급여일부 본인부담 본인부담금	n(18)	SLF_BRDN_GSUM_AMT		E
14-3. 급여일부 본인부담 공단부담금	n(18)	INSUP_BRDN_GSUM_AMT		E
14-4. 전액본인부담	n(18)	P100_SLF_BRAMT_GSUM_AMT		E
14-5. 비급여	n(18)	NPAY_GSUM_AMT		E
C. 추가 정보				
	1. 서식데이터	TBL_FOM_CZITM	정의된 서식항목 외 추가적으로 보낼 데이터가 있는 경우 기재	
99+	1) 순서	n(9) SORT_SNO	항목의 정렬 순서(1부터 순차적으로 부여)	C
	2) 항목코드	an(50) YADM_TRMN_ID	의료기관 내에서 사용하는 항목코드 • (예시) SCOR0019	C
	3) 항목명	an(400) YADM_TRMN_NM	의료기관 내에서 사용하는 항목코드의 명칭 • (예시) 수술 중 특이사항	C
	4) 내용	an(8000) DTL_TXT	해당 항목의 내용(값) • (예시) ...Ltube 16Fr, 65cm...	C
	5) 라벨명	an(400) LABEL_NM	항목의 라벨을 기재 • (예시) 수술정보	C
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99+'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)				

(별첨) 진료과목

‘요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(별표5) 진료과목별 코드’와 같이 기재

1. 진료과목 구분코드

*** 의과**

01	내 과	14	피 부 과
02	신 경 과	15	비 뇨 의 학 과
03	정신건강의학과	16	영 상 의 학 과
04	외 과	17	방사선종양학과
05	정 형 외 과	18	병 리 과
06	신 경 외 과	19	진단검사의학과
07	흉 부 외 과	20	결 핵 과
08	성 형 외 과	21	재 활 의 학 과
09	마취통증의학과	22	핵 의 학 과
10	산 부 인 과	23	가 정 의 학 과
11	소아청소년과	24	응 급 의 학 과
12	안 과	25	직업환경의학과
13	이 비 인 후 과	26	예 방 의 학 과

*** 치과**

50	구강악안면외과	56	구 강 내 과
51	치 과 보 철 과	57	영 상 치 의 학 과
52	치 과 교 정 과	58	구 강 병 리 과
53	소 아 치 과	59	예 방 치 과
54	치 주 과	61	통합치의학과
55	치 과 보 존 과		

*** 한방**

80	한 방 내 과	84	한방신경정신과
81	한 방 부 인 과	85	침 구 과
82	한 방 소 아 과	86	한방재활의학과
83	한방안·이비인후·피부과	87	사 상 체 질 과

IV. 평가자료 제출을 위한 표준서식의 작성요령

101 혈액투석 평가표준서식(ASM008)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분										
문서공통정보														
1. 서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ASM008	E										
2. 서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E										
3. 요양기관기호	an(8)	YKIHO	요양기관기호	E										
4. 청구번호	an(10)	DMD_NO	요양급여비용 심사청구시 요양기관에서 부여한 번호를 기재 • 유형: CCYYMM+일련번호 4자리 CCYYMM: 진료년월(6자리)	E										
5. 접수번호	an(7)	RCV_NO	해당 내역을 청구한 명세서의 접수번호를 기재	E										
6. 접수년도	an(4)	RCV_YR	• 유형: CCYY	E										
7. 청구서일련번호	n(3)	BILL_SNO	원청구건에 대한 제출인 경우 '1' 기재 보완청구건에 대한 제출인 경우, 심사결과통보서를 통해 통보된 번호를 기재	E										
8. 명세서일련번호	an(5)	SP_SNO	요양급여비용 심사청구시 요양기관에서 부여한 요양급여비용명세서의 일련번호 • 00001-99999 • 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재	E										
9. 보험자구분코드	an(1)	INSUP_TP_CD	보험자구분코드를 기재 4: 건강보험, 5: 의료급여, 7: 보훈, 8: 자동차보험	E										
10. 참고업무구분코드	an(2)	FOM_REF_BIZ_TP_CD	제출자료를 참고하는 업무 구분 코드를 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>01 1차심사</td> <td>06 신포괄</td> </tr> <tr> <td>02 심사보완</td> <td>08 난임시술</td> </tr> <tr> <td>03 이의신청</td> <td>09 진료의뢰회송</td> </tr> <tr> <td>04 평가</td> <td>10 신포괄정보관리평가</td> </tr> <tr> <td>05 진료비민원</td> <td>11 분석심사</td> </tr> </table>	01 1차심사	06 신포괄	02 심사보완	08 난임시술	03 이의신청	09 진료의뢰회송	04 평가	10 신포괄정보관리평가	05 진료비민원	11 분석심사	E
01 1차심사	06 신포괄													
02 심사보완	08 난임시술													
03 이의신청	09 진료의뢰회송													
04 평가	10 신포괄정보관리평가													
05 진료비민원	11 분석심사													
1) 업무상세코드	an(5)	DTL_BIZ_CD	참고업무의 상세 업무구분이 있는 경우 (참고업무구분코드 가 '03: 이의신청', '04: 평가'인 경우) 필수 기재 ※ 이의신청: RCV(접수), SUP(보완) ※ 평가: NIC(신생아중환자실), KHD(혈액투석), BLT(수혈), ANE(마취)	E										
11. 요청번호	an(20)	REQ_DATA_NO	참고업무 구분코드가 '03: 이의신청, 05: 진료비민원, 09: 진료의뢰회송, 10: 신포괄정보관리평가'인 경우 필수 기재 단, '이의신청'의 경우 1)업무상세코드 'RCV(접수)'인 경우에만 필수 기재 ※ 요청번호는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A										
12. 재심사접수ID	an(14)	RE_RV_RCV_ID	1) 업무상세코드가 이의신청: SUP(보완)인 경우 필수 기재 ※ 재심사접수ID는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A										
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E										
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E										
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E										
A. 기본 정보														
1. 내원상태	an(12)	VST_STAT_CD	(다중선택가능) 입실 시, 퇴실 시 환자 상태 중 해당 되는 사항이 있는 경우 구분자를 기재하되, 사유가 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>01 계속 외래 내원</td> <td>04 타 기관으로 전원</td> </tr> <tr> <td>02 귀 원에 입원</td> <td>05 사망</td> </tr> <tr> <td>03 타 원에 입원</td> <td>99 기타</td> </tr> </table>	01 계속 외래 내원	04 타 기관으로 전원	02 귀 원에 입원	05 사망	03 타 원에 입원	99 기타	E				
01 계속 외래 내원	04 타 기관으로 전원													
02 귀 원에 입원	05 사망													
03 타 원에 입원	99 기타													

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분										
			※ 계속하여 외래로 방문 중이라면 '01.계속 외래 내원'에 기재 ※ 귀 기관에 하루라도 입원한 적이 있으면 '02.귀 원에 입원'으로 기재 ※ 타 기관에 하루라도 입원한 적이 있거나 타 원에 입원한 환자가 귀 원의 외래를 방문하여 지속적으로 혈액투석을 받는 경우에 '03. 타 원에 입원'에 기재 ※ 퇴실상태가 다른 기관으로 이동하였다면 '04.타 기관으로 전원'으로 기재 ※ 퇴실상태가 사망한 경우에는 '05.사망'으로 기재 ※ 기타 사유로 인해 환자가 내원을 중단하였다면 '99. 기타'로 기재											
2. 혈액투석시작일														
1) 최초시작일	an(8)	BLDD_FST_STA_DD	혈액투석을 최초 시작한 날짜를 기재, 연도만 알고 월 또는 일자를 모르는 경우에는 'yyymm00' 또는 'yyy0000'로 기재, 시작일자를 전혀 모르는 경우 '00000000'로 기재 • 유형 : ccyyymmdd	E										
2) 본원 최초시작일	an(8)	BLDD_HOFC_FST_STA_DD	본원에서 최초로 혈액투석을 시작한 날짜를 기재, 연도만 알고 월 또는 일자를 모르는 경우에는 'yyymm00' 또는 'yyy0000'로 기재, 시작일자를 전혀 모르는 경우 '00000000'로 기재 • 유형 : ccyyymmdd	E										
B. 환자 정보														
1. 만성신부전 원인 상병	an(1)	CHRON_RNFL_CUZ_SICK_CD	혈액투석을 하게된 원인 상병에 해당하는 구분자를 기재 ※ 원인상병이 2가지 이상으로 중복으로 있는 경우 가장 직접적인 원인이 되는 상병을 기재(중복기재 불가) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>당뇨병</td></tr> <tr><td>2</td><td>고혈압</td></tr> <tr><td>3</td><td>사구체신염</td></tr> <tr><td>4</td><td>모름</td></tr> <tr><td>9</td><td>기타</td></tr> </table>	1	당뇨병	2	고혈압	3	사구체신염	4	모름	9	기타	E
1	당뇨병													
2	고혈압													
3	사구체신염													
4	모름													
9	기타													
2. 만성신부전 이외 동반상병														
1) 심장질환		TBL_HRT1												
2-1-1. 동반상병 유무	an(1)	CCM_SICK_YN	혈액투석을 하게 된 원인 상병 이외 동반상병 중 심장질환 유무 기재 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E						
1	Yes													
2	No													
2-1-1-1. 상병 분류기호	an(6)	SICK_SYM	심장질환 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 만성신부전 이외 동반상병을 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘·’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략 (상병코드는 질환별로 가장 주된 상병 1개만 입력)	A										
2-1-1-2. 심부전	an(1)	CDFL_YN	심장질환 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 심부전의 유무 기재 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	A						
1	Yes													
2	No													
2-1-1-2-1. 심부전 상세	an(5)	CDFL_CD	(다중선택가능) 심부전 유무가 (1) Yes인 경우, 해당사항의 확인여부에 따라 구분코드를 기재하되, 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 ※ (00) 해당없음과는 다중선택 불가 (예시) 좌심실 구혈율 및 심흉곽비가 검사상 확인된 경우: 01/02 • 구분코드 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>00</td><td>해당없음</td></tr> <tr><td>01</td><td>좌심실 구혈율(%)</td></tr> <tr><td>02</td><td>심흉곽비(%)</td></tr> </table>	00	해당없음	01	좌심실 구혈율(%)	02	심흉곽비(%)	A				
00	해당없음													
01	좌심실 구혈율(%)													
02	심흉곽비(%)													
2-1-1-2-1-1. 좌심실 구혈율 상세	n(3)	LVEF_CNT	(01) 좌심실 구혈율(ejection fraction)을 기재한 경우 해당 결과를 숫자로 기재	A										
2-1-1-2-1-2. 심흉곽비 상세	n(3)	CT_RT_CNT	(02) 심흉곽비를 기재한 경우 해당 결과를 숫자로 기재	A										

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분								
2-1-1-3. 심방조동 및 세동	an(1)	ATFB_YN	심장질환 동반상병 유무 (1) Yes인 경우, 심초음파 EKG 등 검사 소견상 심방조동 및 세동 확인 여부를 기재 ※ 약물치료로 인해 심방조동 및 세동이 나타나지 않는 상태가 최근 1년 이상 지속된 경우는 제외 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	A				
1	Yes											
2	No											
2-1-1-3-1. 심방조동 및 세동 상세	an(5)	ATFB_CD	(다중선택가능) 심방조동 및 세동 (1) Yes인 경우, 환자가 약물치료 중 또는 인공심박기(pacemaker)를 사용하는지 여부를 해당 구분코드로 기재하되, 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 ※ (00) 해당없음과는 다중선택 불가능 (예시) 약물치료 및 인공심박기(pacemaker) 해당: 01/02 • 구분코드 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>00</td><td>해당없음</td></tr> <tr><td>01</td><td>약물치료</td></tr> <tr><td>02</td><td>인공심박기(pacemaker)</td></tr> </table>	00	해당없음	01	약물치료	02	인공심박기(pacemaker)	A		
00	해당없음											
01	약물치료											
02	인공심박기(pacemaker)											
2-1-1-4. 허혈성 심장병	an(1)	ISMA_HRT_DS_YN	심장질환 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 허혈성 심장병 유무를 기재 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	A				
1	Yes											
2	No											
2-1-1-4-1. 허혈성 심장병 상세	an(8)	ISMA_HRT_DS_CD	(다중선택가능) 허혈성 심장병 (1) Yes인 경우, 3년 이내 관상동맥 stent 또는 관상동맥우회술을 했거나, 일상생활 중 협심증 증상 여부를 해당 구분코드로 기재하되, 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 ※ (00) 해당없음과는 다중선택 불가능 (예시) 관상동맥 stent 및 협심증 증상 해당: 01/03 • 구분코드 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>00</td><td>해당없음</td></tr> <tr><td>01</td><td>관상동맥 stent</td></tr> <tr><td>02</td><td>관상동맥우회술</td></tr> <tr><td>03</td><td>협심증 증상</td></tr> </table>	00	해당없음	01	관상동맥 stent	02	관상동맥우회술	03	협심증 증상	A
00	해당없음											
01	관상동맥 stent											
02	관상동맥우회술											
03	협심증 증상											
2-1-1-5. 심장판막 치환 등 개심수술 여부	an(1)	OHS_YN	심장질환 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 3년 이내 심장판막 치환 등 개심수술 여부를 기재 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	A				
1	Yes											
2	No											
2) 뇌혈관질환		TBL_CRBL_BLDVE1										
2-2-1. 동반상병 유무	an(1)	CCM_SICK_YN	혈액투석을 하게 된 원인 상병 이외 동반상병 중 뇌혈관질환 유무 기재 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E				
1	Yes											
2	No											
2-2-1-1. 상병 분류기호	an(6)	SICK_SYM	뇌혈관질환 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 만성신부전 이외 동반상병을 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘.’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략 (상병코드는 질환별로 가장 주된 상병 1개만 입력)	A								
2-2-1-2. 장애발생	an(1)	HDP_YN	뇌혈관질환 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 뇌혈관 질환에 의한 장애발생 여부를 기재(단순 보행장애 제외) ※ 객관적인 방사선학적 자료가 있거나 담당의사의 정확한 신경학적 평가가 있는 경우 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	A				
1	Yes											
2	No											
2-2-1-2-1. 타인의 도움 필요	an(1)	ASTC_REQR_YN	장애발생 (1) Yes인 경우, 식사나 용변 시 타인의 도움이 반드시 필요한지 여부를 기재(단순 보행장애 제외) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	A				
1	Yes											
2	No											

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
3) 간경변증		TBL_LVCR1		
2-3-1. 동반상병 유무	an(1)	CCM_SICK_YN	혈액투석을 하게 된 원인 상병 이외 동반상병 중 간경변증 유무 기재 1 Yes 2 No	E
2-3-1-1. 상병 분류기호	an(6)	SICK_SYM	간경변증 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 만성신부전 이외 동반상병을 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘*’ 또는 ‘**’ 등 특수기호는 기재 생략 (상병코드는 질환별로 가장 주된 상병 1개만 입력)	A
2-3-1-2. 간경변증 상세	an(8)	LVCR_SYMT_CD	(다중선택가능) 간경변증 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 최근 1년 이내 간성훈수가 한번이라도 발생한 경우 또는 초음파나 이학적 검사상 뚜렷한 복수가 1개월 이상 지속되는 경우 또는 Child-Pugh score를 측정한 경우 해당 구분코드를 기재하되, 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 ※ (00) 해당없음과는 다중선택 불가능 (예시) 간성훈수 및 복수 해당: 01/02 • 구분코드 00 해당없음 01 간성훈수 02 복수 03 Child-Pugh score(점)	A
2-3-1-2-1. Child-Pugh score(점)	n(2)	REMN_LVR_FCLT_EXM_PNT	(03) Child-Pugh score를 시행한 경우, 해당 점수를 기재	A
4) 출혈성위장관 질환		TBL_HMRHG_GIT1		
2-4-1. 동반상병 유무	an(1)	CCM_SICK_YN	혈액투석을 하게 된 원인 상병 이외 동반상병 중 출혈성위장관질환 유무 기재 1 Yes 2 No	E
2-4-1-1. 상병 분류기호	an(6)	SICK_SYM	출혈성위장관질환 동반상병 유무 (1) Yes인 경우 만성신부전 이외 동반상병을 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘*’ 또는 ‘**’ 등 특수기호는 기재 생략 (상병코드는 질환별로 가장 주된 상병 1개만 입력)	A
2-4-1-2. 출혈성 위장관 질환 상세	an(5)	HMRHG_GIT_DS_CD	(다중선택가능)출혈성위장관질환 동반상병 유무 (1) Yes인 경우, 최근 1년 이내 출혈성 위장관질환이 발생하여 수혈 혹은 내시경적 시술 여부를 해당 구분코드로 기재하되, 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 ※ 위장관 검사를 위하여 시행한 내시경 검사는 내시경적 시술에서 제외 ※ (00) 해당없음과는 다중선택 불가능 (예시)수혈 및 내시경적 시술 해당: 01/02 • 구분코드 00 해당없음 01 수혈 02 내시경적 시술	A
5) 만성폐질환		TBL_CHRON_LUNG1		
2-5-1. 동반상병 유무	an(1)	CCM_SICK_YN	혈액투석을 하게 된 원인 상병 이외 동반상병 중 만성폐질환 유무 기재 1 Yes 2 No	E

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분																				
2-5-1-1. 상병 분류기호	an(6)	SICK_SYM	만성폐질환 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 만성신부전 이외 동반상병을 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘*’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략 (상병코드는 질환별로 가장 주된 상병 1개만 입력)	A																				
2-5-1-2. 동맥혈 산소분압	n(3)	ARTR_BLDVE_ OXY_PART_ PR ES	만성폐질환 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 평지 보행시에도 호흡곤란이 있는 환자가 산소를 흡입하지 않는 평상시 안정상태의 동맥혈 산소분압을 mmHg단위로 기재	A																				
6) 악성종양		TBL_MNPLS_ TMR1																						
2-6-1. 동반상병 유무	an(1)	CCM_SICK_YN	혈액투석을 하게 된 원인 상병 이외 동반상병 중 악성종양 유무 기재 ※ 단 악성종양 중 D00~D009 코드는 제외 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E																
1	Yes																							
2	No																							
2-6-1-1. 상병분류기호	an(6)	SICK_SYM	악성종양 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 만성신부전 이외 동반상병을 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘*’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략 (상병코드는 질환별로 가장 주된 상병 1개만 입력)	A																				
2-6-1-2. 악성종양 상세	an(5)	MNPLS_TMR_ TRET_CD	(다중선택가능)악성종양 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 최근 1년 이내 수술 또는 항암요법 치료여부를 해당 구분코드로 기재하되, 2개 이상인 경우 ‘/’로 구분하여 기재 ※ 과거의 완치된 병력은 제외 ※ (00) 해당없음과는 다중선택 불가능 (예시) 수술 및 항암요법 치료 해당: 01/02 • 구분코드 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>00</td><td>해당없음</td></tr> <tr><td>01</td><td>수술</td></tr> <tr><td>02</td><td>항암요법 치료</td></tr> </table>	00	해당없음	01	수술	02	항암요법 치료	A														
00	해당없음																							
01	수술																							
02	항암요법 치료																							
7) 당뇨병		TBL_DBML1																						
2-7-1. 동반상병 유무	an(1)	CCM_SICK_YN	혈액투석을 하게 된 원인 상병 이외 동반상병 중 당뇨병 유무 기재 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E																
1	Yes																							
2	No																							
2-7-1-1. 상병 분류기호	an(6)	SICK_SYM	당뇨병 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 만성신부전 이외 동반상병을 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호로 기재하되 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘*’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략 (상병코드는 질환별로 가장 주된 상병 1개만 입력)	A																				
2-7-1-2. 지속적인 인슐린 주사 투여	an(1)	INSL_IJCT_ INJC_YN	당뇨병 동반상병 유무가 (1) Yes인 경우, 혈당조절을 위해 인슐린 주사를 지속적으로 투여하는지 여부를 기재 ※ 혈당조절을 위해 경구약제만 투여하는 경우는 제외 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	A																
1	Yes																							
2	No																							
3. 3급 이상의 장애인																								
1) 장애 여부	an(1)	HDP_YN	장애등급 판정기준에 의한 3급 이상의 장애 여부를 기재 ※ 신장장애 및 만성신부전 이외 동반상병에 해당하는 질환 제외 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E																
1	Yes																							
2	No																							
3-1-1. 장애 유형	an(30)	HDP_TY_CD	(다중선택가능) 장애여부가 1.해당인 경우 해당하는 구분코드 기재하되, 2개 이상인 경우 ‘/’로 구분하여 기재 (예시) 지체장애 및 언어장애 인 경우: 01/04 • 구분코드 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>01</td><td>지체장애</td><td>06</td><td>장루·요루장애</td></tr> <tr><td>02</td><td>시각장애</td><td>07</td><td>뇌전증장애</td></tr> <tr><td>03</td><td>청각장애</td><td>08</td><td>지적장애</td></tr> <tr><td>04</td><td>언어장애</td><td>09</td><td>정신장애</td></tr> <tr><td>05</td><td>안면장애</td><td>10</td><td>자폐성장애</td></tr> </table>	01	지체장애	06	장루·요루장애	02	시각장애	07	뇌전증장애	03	청각장애	08	지적장애	04	언어장애	09	정신장애	05	안면장애	10	자폐성장애	A
01	지체장애	06	장루·요루장애																					
02	시각장애	07	뇌전증장애																					
03	청각장애	08	지적장애																					
04	언어장애	09	정신장애																					
05	안면장애	10	자폐성장애																					

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분						
C. 투석 정보										
1. 신장	n(3.1)	HEIG	신장을 센티미터(cm) 단위로 기재 ※ 소수점 이하 첫 번째 자리까지 기재(소수점 이하 두 번째 자리에서 반올림) • (예시) 신장이 165cm인 경우: 165.0, 170.25cm인 경우: 170.3	E						
2. 혈액투석 적절도										
1) 혈액투석적절도 평가여부 실시	an(1)	BLDD_PPRT_ASM_YN	해당 투석일에 혈액투석 적절도 평가실시 여부 기재 <table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E		
1	Yes									
2	No									
2-1-1. 혈액투석 적절도 평가여부 실시 상세	an(5)	BLDD_PPRT_ASM_CD	(다중선택가능) 혈액투석 적절도 평가실시 여부 (1) Yes인 경우, 해당사항의 확인여부에 따라 구분코드를 기재하되, 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 (예시) spKt/V 및 URR이 확인된 경우: 01/02 • 구분코드 <table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>spKt/V</td></tr> <tr><td>2</td><td>URR</td></tr> </table>	1	spKt/V	2	URR	A		
1	spKt/V									
2	URR									
2-1-1-1. spKt/V	n(1.3)	PPRT_NUV	(01) 투석 적절도(spKt/V)를 기재한 경우 해당 결과를 숫자로 기재 • (예시) 1.457	A						
2-1-1-2. URR	n(2.1)	BLUR_DCR_RT	(02) 요소소속소율 URR(Urea Reduction rate)를 기재한 경우 해당 결과를 숫자로 기재 • (예시) 62.3	A						
3. 주 사용 혈관통로										
1) 혈관통로 판단여부	an(1)	BLDVE_CH_DECS_YN	해당월에 사용된 주된 혈관통로 판단여부 ※ 해당월에 반드시 1회 보고되어야 하며 2회 이상 보고서 가장 마지막 일자에 제출한 정보 사용 <table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E		
1	Yes									
2	No									
3-1-1. 주 사용 혈관통로	an(8)	MAIN_BLDVE_CH_CD	(다중선택가능) 혈관통로 판단여부 (1) Yes인 경우, 해당 월에 혈관통로 중 주(主) 사용 통로를 기재하되, 주 사용 혈관통로 변경시 2개 선택 가능 ※ 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재 (예시) 자가혈관 동정맥루, 카테터인 경우: 01/03 <table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>01</td><td>자가혈관 동정맥루(AVF)</td></tr> <tr><td>02</td><td>인조혈관 동정맥루(AVG)</td></tr> <tr><td>03</td><td>카테터</td></tr> </table>	01	자가혈관 동정맥루(AVF)	02	인조혈관 동정맥루(AVG)	03	카테터	A
01	자가혈관 동정맥루(AVF)									
02	인조혈관 동정맥루(AVG)									
03	카테터									
4. 혈관접근로 점검표 작성	an(1)	BLDVE_ACCES_CHKLS_YN	해당 투석일에 혈관접근로 점검표 작성여부 기재 ※ 혈관접근로 점검에 반드시 포함되어야 할 내용 • 중심정맥관: 출구부위 발적, 멍, 혈종(hematoma), 고정불합, 기능 평가(혈액투석 시 혈류 250ml/min에서의 동맥압과 정맥압) • 자가혈관 동정맥루(AVF): 가. 시진(視診): 발적, 부종여부, 멍(bruise), 동맥류(aneurysm) 발생 시 크기 나. 촉진(觸診): 떨림(thrill : 약함, 중간, 강함) 다. 청진(聽診): 잡음(bruit : continuous or pulsating, low pitch or high pitch) 라. 천자 간격(cannulation distance) <table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E		
1	Yes									
2	No									
5. 빈혈관리	an(1)	HMTMP_INJC_YN	해당 투석일에 조절제 투여 여부의 해당 구분자를 기재 ※ 자가투여도 해당 <table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E		
1	Yes									
2	No									

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
6. 기능검사	an(1)	ECG_ENFC_YN	해당 투석일에 EKG 시행 여부 기재 1 Yes 2 No	E	
7. 타기관검사					
1) 시행여부	an(1)	OIST_EXM_ENFC_YN	투석일 내원 당시 타기관에서 시행한 검사가 확인된 경우 해당여부 기재 ※ 시행일자와 결과가 확인되는 경우 기재 1 Yes 2 No	E	
2) 검사정보		TBL_OIST_EXM			
99+	7-2-1. 검사명	an(400)	EXM_NM	타기관검사 시행여부가 (1) Yes인 경우 의료기관 내에서 부여한 검체명칭을 기재	A
	7-2-2. 수기코드	an(9)	MDFEE_CD	타기관검사 시행여부가 (1) Yes인 경우 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 진료수가를 기재 • (예시) B1010	A
	7-2-3. 시행일자	an(8)	ENFC_DD	타기관검사 시행여부가 (1) Yes인 경우 환자로부터 해당 검체를 채취한 날짜를 기재 • 유형: ccyymmdd	A
	7-2-4. 검사결과	CLOB	EXM_RST_TXT	타기관검사 시행여부가 (1) Yes인 경우 해당 검사의 결과를 기재	A
8. 추적관리					
1) 시행여부	an(1)	CHS_ENFC_YN	내원일 6개월 이전에 추적 검사 시행여부에 대해 기재 ※ 추적 검사 항목: HBs Ag, HBs Ab, HCV Ab, EKG ※ 타기관에서 시행일자와 결과가 확인되는 경우 기재 1 Yes 2 No	E	
2) 검사정보		TBL_CHS_EXM			
99+	8-2-1. 검사명	an(400)	EXM_NM	추적관리 시행여부가 (1) Yes인 경우, 시행한 검사의 의료기관 내에서 부여한 검체명칭을 기재	A
	8-2-2. 수기코드	an(9)	MDFEE_CD	추적관리 시행여부가 (1) Yes인 경우, 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 진료수가를 기재 • (예시) B1010	A
	8-2-3. 시행일자	an(8)	ENFC_DD	추적관리 시행여부가 (1) Yes인 경우, 환자로부터 해당 검체를 채취한 날짜를 기재 • 유형: ccyymmdd	A
	8-2-4. 타기관 시행 여부	an(1)	OIST_ENFC_YN	추적관리 시행여부가 (1) Yes인 경우, 타기관에서 해당검사를 시행한 경우 시행여부에 대해 기재 1 Yes 2 No	A
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

102 수혈 평가표준서식(ASM037)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분																				
문서공통정보																								
1. 서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ASM037	E																				
2. 서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E																				
3. 요양기관기호	an(8)	YKIHO	요양기관기호	E																				
4. 청구번호	an(10)	DMD_NO	요양급여비용 심사청구시 요양기관에서 부여한 번호를 기재 • 유형: CCYYMM+일련번호 4자리 CCYYMM: 진료년월(6자리)	E																				
5. 접수번호	an(7)	RCV_NO	해당 내역을 청구한 명세서의 접수번호를 기재	E																				
6. 접수년도	an(4)	RCV_YR	• 유형: CCYY	E																				
7. 청구서일련번호	n(3)	BILL_SNO	원청구건에 대한 제출인 경우 '1' 기재 보완청구건에 대한 제출인 경우, 심사결과통보서를 통해 통보된 번호를 기재	E																				
8. 명세서일련번호	an(5)	SP_SNO	요양급여비용 심사청구시 요양기관에서 부여한 요양급여비용명세서의 일련번호 • 00001-99999 • 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재	E																				
9. 보험자구분코드	an(1)	INSUP_TP_CD	보험자구분코드를 기재 4: 건강보험, 5: 의료급여, 7: 보훈, 8: 자동차보험	E																				
10. 참고업무구분코드	an(2)	FOM_REF_BIZ_TP_CD	제출자료를 참고하는 업무 구분 코드를 기재 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>01</td> <td>1차심사</td> <td>06</td> <td>신포괄</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>심사보완</td> <td>08</td> <td>난임시술</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>이의신청</td> <td>09</td> <td>진료의뢰회송</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>평가</td> <td>10</td> <td>신포괄정보관리평가</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>진료비민원</td> <td>11</td> <td>분석심사</td> </tr> </table>	01	1차심사	06	신포괄	02	심사보완	08	난임시술	03	이의신청	09	진료의뢰회송	04	평가	10	신포괄정보관리평가	05	진료비민원	11	분석심사	E
01	1차심사	06	신포괄																					
02	심사보완	08	난임시술																					
03	이의신청	09	진료의뢰회송																					
04	평가	10	신포괄정보관리평가																					
05	진료비민원	11	분석심사																					
1) 업무상세코드	an(5)	DTL_BIZ_CD	참고업무의 상세 업무구분이 있는 경우 (참고업무구분코드 가 '03: 이의신청', '04: 평가'인 경우) 필수 기재 ※ 이의신청: RCV(접수), SUP(보완) ※ 평가: NIC(신생아중환자실), KHD(혈액투석), BLT(수혈), ANE(마취)	E																				
11. 요청번호	an(20)	REQ_DATA_NO	참고업무 구분코드가 '03: 이의신청, 05: 진료비민원, 09: 진료의뢰회송, 10: 신포괄정보관리평가'인 경우 필수 기재 단, '이의신청'의 경우 1)업무상세코드 'RCV(접수)'인 경우에만 필수 기재 ※ 요청번호는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A																				
12. 재심사접수ID	an(14)	RE_RV_RCV_ID	1) 업무상세코드가 이의신청: SUP(보완)인 경우 필수 기재 ※ 재심사접수ID는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A																				
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E																				
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E																				
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E																				
A. 투약 정보																								
1. 빈혈교정																								
1) 빈혈 진단	an(1)	ANM_DIAG_YN	수술일 및 수술 전 30일 이내 확진된 상태의 빈혈 상병이 있는지 여부를 기재(입원, 외래 진단 포함) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td> <td>Yes</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>No</td> </tr> </table>	1	Yes	2	No	E																
1	Yes																							
2	No																							

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분		
2) 빈혈 진단내용		TBL_ANM_DIAG				
	99+	1-2-1. 상병분류 기호	an(6) SICK_SYM	빈혈 진단이 (1) Yes인 경우 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류 기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재하되(6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재) 영문자는 반드시 대문자로 기재하고, ‘·’ 또는 ‘*’ 등 특수기호는 기재 생략	A	
			1-2-2. 진단명	an(400) DIAG_NM	빈혈 진단 (1)Yes인 경우 진단 명칭을 기재	A
3) 빈혈교정 유무	an(1)	ANM_REFM_YN	수술일 및 수술 전 30일 이내 빈혈교정을 위한 철분제제 혹은 조혈제의 투약 실시여부에 대해 기재(입원, 외래 처방 포함) ※ 경구약 주사제 모두 포함 ※ 수술 시작 후(수술실 입실 후) 투여를 시작한 경우는 (2) No에 기재 1 Yes 2 No	E		
4) 빈혈교정 처방약품		TBL_ANM_REFM_MDS				
99+	1-4-1. 투여시작 일자	an(8) INJC_STA_DD	빈혈교정 (1) Yes인 경우 빈혈교정을 위해 처방된 약품의 실제 투여 시작일을 기재 • 유형: ccyyymmdd	A		
	1-4-2. 투여종료 일자	an(8) INJC_END_DD	빈혈교정 (1) Yes인 경우 빈혈교정을 위해 처방된 약품의 실제 투여 종료일을 기재 ※ 경구약의 경우 처방일수만큼 투여기간에 합산 ※ 합산한 일자가 퇴원일을 넘길 경우 투여종료일자는 퇴원일로 기재 • 유형: ccyyymmdd	A		
	1-4-3. 약품명	an(400) MDS_NM	빈혈교정 (1) Yes인 경우 해당 의약품의 명칭(대한약전에서 정한 명칭, 일반명칭 또는 제품명)을 기재 • (예시) 웨로바-유서방정	A		
	1-4-4. 약품코드	an(9) MDS_CD	빈혈교정 (1) Yes인 경우 「약제급여목록 및 급여상한금액표」의 제품코드를 기재 • (예시) 642202450 ※ 약제코드가 없는 경우 "999999999"로 기재	A		
B. 검사 정보						
1. Hemoglobin (Hb)						
	1) 시행 여부	an(1) HG_EXM_ENFC_YN	Hemoglobin(Hb) 검사 시행여부 기재 ※ 수술일 30일 이전부터(30일포함, 입원, 외래처방 포함) 퇴원일 까지 시행한 모든 Hemoglobin(Hb)검사정보 기재 1 Yes 2 No	E		
	2) 시행 결과		TBL_HG_EXM			
99+	1-2-1. 결과일시	an(12) EXM_RST_DT	Hemoglobin(Hb) 검사 시행여부 (1) Yes인 경우 해당 검사의 결과가 나온 날짜와 시간을 기재 • 유형 : ccyyymmddhhmm	A		
	1-2-2. 수가코드	an(9) MDFEE_CD	Hemoglobin(Hb) 검사 시행여부 (1) Yes인 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 수가코드를 기재 • (예시) D0113 ※ 단, 수가코드가 없는 경우 "999999999"로 기재	A		
	1-2-3. 검사결과	n(2.1) HG_NUV	Hemoglobin(Hb) 검사 시행여부 (1) Yes인 경우 해당 검사 결과를 소수점 첫째자리까지 기재 • (예시) 12.1	A		
C. 수술 정보						
1. 수술						
	1) 시행 여부	an(1) SOPR_YN	평가대상 수술(슬관절 치환술[단측], 수가코드 N2072) 이외 다른 수술 및 시술 시행여부 기재 1 Yes 2 No	E		

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분				
2) 시행 결과		TBL_SOPR						
99+	1-2-1. 시행일자	an(8)	ENFC_DD 수술 시행여부 (1) Yes인 경우 시행한 일자를 기재 • 유형 : ccyyymmdd	A				
	1-2-2. 수술명	an(400)	SOPR_NM 수술 시행여부 (1) Yes인 경우 해당 의료기관 내에서 부여한 시 술·처치 및 수술 명칭을 기재	A				
	1-2-3. 추가코드	an(9)	MDFEE_CD 수술 시행여부 (1) Yes인 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 표 및 급여 상대가치점수」의 추가코드를 기재, 추가코드를 매핑할 수 없는 경우 '999999999' 입력 • (예시) D0113	A				
D. 수혈 정보								
1. 수혈 (에피소드 단위로 기재)			※ 기재형식: 수혈 에피소드의 구분은 처방단위로 구분하여 작성					
1) 시행 여부	an(1)	BLTS_YN	수혈의 시행여부를 기재 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E
1	Yes							
2	No							
2) 시행 내용		TBL_BLTS ENFC_TXT						
99+	1-2-1. 처방일시 ※ 기재형식: 수혈 에피소드의 구분은 처방단위로 구분 하여 작성	an(12)	PRSC_DT 수혈 시행여부 (1) Yes인 경우 수혈을 처방한 날짜와 시각을 기재 • 유형 : ccyyymmddhhmm • (예시) 7am 2단위 처방, 1:30pm 1단위 처방 → 에피소드 2개 • (예시) 처방일시 9:00am, 9:01am, 9:02am → 에피소드 1개, 처방일시는 9:00am으로 기재	A				
	1-2-2. 수혈시작 일시	an(12)	BLTS_STA_DT 수혈 시행여부 (1) Yes인 경우 수혈 에피소드의 첫 투여시작한 날 짜와 시간을 기재 • (예시) 9am 2단위 처방, 수혈시작시간 10:00am 1단위, 11:00am 1단위 → 에피소드 1개, 수혈시작일시는 10:00am으로 기재 • 유형 : ccyyymmddhhmm	A				
	1-2-3. 수혈제제명	an(400)	BLTS_DGM_NM	수혈 시행여부 (1) Yes인 경우 해당 수혈제제의 명칭을 기재	A			
	1-2-4. 추가코드	an(9)	MDFEE_CD	수혈 시행여부 (1) Yes인 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 표 및 급여 상대가치점수」의 추가코드를 기재 • (예시) X2011	A			
	1-2-5. 수혈단위	n(2)	BLTS_UNIT_CNT	수혈 시행여부 (1) Yes인 경우 시행한 수혈 단위를 정수로 기재 • 단위(unit)	A			
	1-2-6. 수혈사유	an(500)	BLTS_RS_TXT	수혈 시행여부 (1) Yes인 경우 수혈을 시행한 사유를 기재	A			
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)								

103 신생아중환자실 평가표준서식(ASM033)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보					
1. 서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ASM033	E	
2. 서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E	
3. 요양기관기호	an(8)	YKIHO	요양기관기호	E	
4. 청구번호	an(10)	DMD_NO	요양급여비용 심사청구시 요양기관에서 부여한 번호를 기재 • 유형: CCYYMM+일련번호 4자리 CCYYMM: 진료년월(6자리)	E	
5. 접수번호	an(7)	RCV_NO	해당 내역을 청구한 명세서의 접수번호를 기재	E	
6. 접수년도	an(4)	RCV_YR	• 유형: CCYY	E	
7. 청구서일련번호	n(3)	BILL_SNO	원청구건에 대한 제출인 경우 '1' 기재 보완청구건에 대한 제출인 경우, 심사결과통보서를 통해 통보된 번호를 기재	E	
8. 명세서일련번호	an(5)	SP_SNO	요양급여비용 심사청구시 요양기관에서 부여한 요양급여비용명세서의 일련번호 • 00001-99999 • 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재	E	
9. 보험자구분코드	an(1)	INSUP_TP_CD	보험자구분코드를 기재 4: 건강보험, 5: 의료급여, 7: 보훈, 8: 자동차보험	E	
10. 참고업무구분코드	an(2)	FOM_REF_BIZ_TP_CD	제출자료를 참고하는 업무 구분 코드를 기재	E	
			01 1차심사		06 신포괄
			02 심사보완		08 난임시술
			03 이의신청		09 진료의뢰회송
			04 평가		10 신포괄정보관리평가
			05 진료비민원		11 분석심사
1) 업무상세코드	an(5)	DTL_BIZ_CD	참고업무의 상세 업무구분이 있는 경우 (참고업무구분코드 가 '03: 이의신청', '04: 평가'인 경우) 필수 기재 ※ 이의신청: RCV(접수), SUP(보완) ※ 평가: NIC(신생아중환자실), KHD(혈액투석), BLT(수혈), ANE(마취)	E	
11. 요청번호	an(20)	REQ_DATA_NO	참고업무 구분코드가 '03: 이의신청, 05: 진료비민원, 09: 진료의뢰회송, 10: 신포괄정보관리평가'인 경우 필수 기재 단, '이의신청'의 경우 1)업무상세코드 'RCV(접수)'인 경우에만 필수 기재 ※ 요청번호는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A	
12. 재심사접수ID	an(14)	RE_RV_RCV_ID	1) 업무상세코드가 이의신청: SUP(보완)인 경우 필수 기재 ※ 재심사접수ID는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
1. 입원개시일	an(8)	IPAT_STA_DD	입원 시작일시를 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyyymmdd	E	
2. 최초 입실 경로	an(1)	BIRTH_PTH_CD	출생경로에 해당하는 구분코드를 기재	E	
			1 본원출생		
			2 본원출생 - 퇴원 후 재입원		
			3 타기관 출생 후 전원		
			4 타기관 출생 후 외래, 응급실 통해 입실		

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분									
B. 입실 및 퇴실 관련 항목													
	입실 및 퇴실 관련 항목	TBL_IPAT_DSCG											
99+	1. 입실												
	1) 입실일시	an(12)	IPAT_DT	신생아중환자실에 입실한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 입실한 경우: 202007010000	E								
	2) 입실 24시간 이내 감시배양 시행 여부	an(1)	CLTR_ENFC_YN	입실 24시간 이내 감시 배양을 시행한 경우 1. Yes, 시행하지 않은 경우 2. No 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table> ※ 2) 입실 24시간 이내 감시배양 시행 여부 '1. Yes'인 경우, 2-1) 감시배양 부위, 2-2) 감시배양 시행 시 격리여부, 2-3) 감염여부 항목 필수 기재 ※ 2) 입실 24시간 이내 감시배양 시행 여부 '2. No'인 경우, 2-5) 감시배양 미시행사유 항목 필수 기재	1	Yes	2	No	E				
1	Yes												
2	No												
	2-1) 감시배양 부위	an(1)	CLTR_RGN_CD	2) 입실 24시간 이내 감시배양 시행 여부가 '1. Yes'인 경우, 감시배양을 시행한 부위에 대한 구분자를 기재 - 비강, 겨드랑이, 항문 이외의 부위에서 시행한 경우 9. 기타로 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>비강</td></tr> <tr><td>2</td><td>겨드랑이</td></tr> <tr><td>3</td><td>항문</td></tr> <tr><td>9</td><td>기타</td></tr> </table>	1	비강	2	겨드랑이	3	항문	9	기타	A
1	비강												
2	겨드랑이												
3	항문												
9	기타												
	감시배양 부위 기타 상세	an(400)	CLTR_RGN_ETC_TXT	2-1) 감시배양 부위가 '9. 기타'인 경우, 감시배양을 시행한 부위를 평문으로 기재	A								
	2-2) 감시배양 시행 시 격리여부	an(1)	CLTR_ISLTN_CD	2) 입실 24시간 이내 감시배양 시행 여부가 '1. Yes'인 경우, 감시배양을 시행할 당시 격리시행 여부에 따른 구분코드를 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>격리실 1인 격리</td></tr> <tr><td>2</td><td>코호트 격리</td></tr> <tr><td>3</td><td>격리 안 함</td></tr> </table>	1	격리실 1인 격리	2	코호트 격리	3	격리 안 함	A		
1	격리실 1인 격리												
2	코호트 격리												
3	격리 안 함												
	2-3) 감염여부	an(1)	INFC_SYMT_YN	2) 입실 24시간 이내 감시배양 시행 여부가 '1. Yes'인 경우, 감시배양 결과 감염이 확인된 경우 1. Yes, 감염이 확인되지 않은 경우 2. No 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	A				
1	Yes												
2	No												
	2-4) 감시배양 시행 후 격리여부	an(1)	CLTR_AF_ISLTN_CD	2-3) 감염여부가 '1. Yes'인 경우, 감시배양 시행 후 격리시행 여부에 따른 구분코드를 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>격리실 1인 격리</td></tr> <tr><td>2</td><td>코호트 격리</td></tr> <tr><td>3</td><td>격리 안 함</td></tr> </table>	1	격리실 1인 격리	2	코호트 격리	3	격리 안 함	A		
1	격리실 1인 격리												
2	코호트 격리												
3	격리 안 함												
	2-5) 감시배양 미시행사유	an(1)	CLTR_NEXEC_RS_CD	2) 입실 24시간 이내 감시배양 시행 여부가 '2. No'인 경우, 감시배양 미시행 사유에 따른 구분코드를 기재 <table border="1"> <tr><td>0</td><td>해당없음</td></tr> <tr><td>1</td><td>선천성 감염</td></tr> <tr><td>2</td><td>선천성 기형</td></tr> </table>	0	해당없음	1	선천성 감염	2	선천성 기형	A		
0	해당없음												
1	선천성 감염												
2	선천성 기형												
	2. 퇴실												
	1) 퇴실일시	an(12)	DSCG_DT	신생아중환자실에 실제 퇴실한 날짜와 시간을 기재하되 사망 시에는 사망한 시각을 기재, 계속 입원인 경우 999912310000으로 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm	E								
	2) 퇴실 시 환자 상태	an(5)	NBY_DSCG_STAT_CD	(다중선택가능) 퇴실 시 환자 상태 중 해당되는 사항이 있는 경우 구분자를 기재하되, 사유가 2개 이상인 경우 "/"로 구분하여 기재, 해당되는 항목이 없거나 신생아중환자실 계속 입원인 경우 0. 해당없음 기재 • (예시) feeding tube를 가지고 있고, 산소 유지 상태인 경우: 1/2 (단 '0. 해당사항 없음' 선택 시 다중선택 불가)	E								

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분																
			<table border="1"> <tr><td>0</td><td>해당없음</td></tr> <tr><td>1</td><td>Feeding tube</td></tr> <tr><td>2</td><td>Tracheostomy, 인공호흡기, 산소</td></tr> <tr><td>3</td><td>장루</td></tr> </table>	0	해당없음	1	Feeding tube	2	Tracheostomy, 인공호흡기, 산소	3	장루									
0	해당없음																			
1	Feeding tube																			
2	Tracheostomy, 인공호흡기, 산소																			
3	장루																			
3) 퇴실 시 교육 실시 여부			신생아중환자실 계속 입원인 경우 또는 환자가 사망한 경우 2. No 기재																	
3-1) 경관 영양 교육시행	an(1)	ITBN_NTRN_EDU_YN	퇴실 시 경관 영양 교육 시행 여부를 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E												
1	Yes																			
2	No																			
3-2) 인공호흡기 및 산소 요법 교육시행	an(1)	ATFL_RPRT_OXY_EDU_YN	퇴실 시 인공호흡기 및 산소요법 교육 시행 여부를 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E												
1	Yes																			
2	No																			
3-3) 장루관리 교육 시행	an(1)	OSTM_EDU_YN	퇴실 시 장루관리 교육 시행 여부를 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E												
1	Yes																			
2	No																			
3-4) 심폐소생술 교육 시행	an(1)	CPR_EDU_YN	퇴실 시 심폐소생술 교육 시행 여부를 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E												
1	Yes																			
2	No																			
C. 진료 관련 항목																				
1. 모유수유																				
1) 모유수유 시행 여부	an(1)	BRFD_ENFC_YN	모유수유를 시행한 경우 1. Yes 기재 - 최소 1회 이상, 경구 혹은 경관(튜브)으로 모유를 공급하는 경우를 포함 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E												
1	Yes																			
2	No																			
1-1) 모유수유 미시행 사유	an(1)	BRFD_NEXEC_RS_CD	1) 모유수유 시행 여부가 '2. No'인 경우, 모유수유 미시행 사유에 해당하는 구분자를 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>의학적 금기</td></tr> <tr><td>2</td><td>산모사망, 보호자 없음</td></tr> <tr><td>3</td><td>모유 안나옴</td></tr> <tr><td>9</td><td>기타</td></tr> </table>	1	의학적 금기	2	산모사망, 보호자 없음	3	모유 안나옴	9	기타	A								
1	의학적 금기																			
2	산모사망, 보호자 없음																			
3	모유 안나옴																			
9	기타																			
의학적 금기 사유 상세	an(8000)	BRFD_NEXEC_CTD_TXT	1-1) 모유수유 미시행 사유가 '1. 의학적 금기'인 경우, 구체적인 금기 사유에 해당하는 내용을 평문으로 기재	A																
모유수유 미시행 사유 기타 상세	an(8000)	BRFD_NEXEC_ETC_TXT	1-1) 모유수유 미시행 사유가 '9. 기타'인 경우, 미시행 사유에 해당하는 내용을 평문으로 기재	A																
2. 중증도 평가도구																				
1) 중증도 평가 시행 여부	an(1)	SGRD_ASM_ENFC_YN	중증도 평가를 시행한 경우 1. Yes, 시행하지 않은 경우 2. No 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	E												
1	Yes																			
2	No																			
중증도 평가 시행 내용		TBL_SGRD_ASM																		
99+ 1-1) 측정일시	an(12)	MASR_DT	1) 중증도 평가 시행 여부가 '1. Yes'인 경우, 해당 중증도 평가를 시행한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyyymmddhhmm ※ 시간까지 기재되지 않는 의료기관의 경우, '00'으로 표기 • (예시) 2020년 7월 1일 측정할 경우: 202007010000	A																
1-2) 중증도 평가도구 종류	an(1)	SGRD_ASM_KND_CD	1) 중증도 평가 시행 여부가 '1. Yes'인 경우, 평가도구 종류에 따른 구분코드를 기재 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>SNAP</td><td>5</td><td>NTISS</td></tr> <tr><td>2</td><td>SNAP-PE</td><td>6</td><td>CRIB-II</td></tr> <tr><td>3</td><td>SNAP-II</td><td>7</td><td>CRIB-I</td></tr> <tr><td>4</td><td>SNAPPE-II</td><td>9</td><td>기타</td></tr> </table>	1	SNAP	5	NTISS	2	SNAP-PE	6	CRIB-II	3	SNAP-II	7	CRIB-I	4	SNAPPE-II	9	기타	A
1	SNAP	5	NTISS																	
2	SNAP-PE	6	CRIB-II																	
3	SNAP-II	7	CRIB-I																	
4	SNAPPE-II	9	기타																	
중증도 평가도구 상세	an(500)	SGRD_ASM_KND_ETC_TXT	1-2) 중증도 평가도구 종류가 '9. 기타'인 경우 명칭을 평문으로 기재	A																

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
D. 집중영양치료 관련 항목				
1. TPN				
1) TPN 시행 여부	an(1)	TPN_ENFC_YN	TPN 시행 여부에 따른 구분코드를 기재하되, 원내조제 TPN인 경우만 1. Yes 해당함 ※ 제품화된 TPN제제 제외 1 Yes 2 No	E
2) 투여일자 및 집중 영양치료팀 협진여부		TBL_TPN_INJC		
99+ 2-1) 투여 시작일	an(8)	INJC_STA_DD	1) TPN 시행 여부가 '1. Yes' 인 경우, TPN 투여를 시작한 날짜를 기재 • 유형: ccyyymmdd	A
2-2) 투여 종료일	an(8)	INJC_END_DD	1) TPN 시행 여부가 '1. Yes' 인 경우, TPN 투여를 종료한 날짜를 기재, 계속 투여중인 경우 99991231으로 기재 • 유형: ccyyymmdd	A
2-3) 집중영양 치료팀 협진 여부	an(1)	TPN_DDIAG_YN	1) TPN 시행 여부가 '1. Yes' 인 경우, 집중영양치료팀 협진 여부를 기재 1 Yes 2 No	A
협진 미실시 사유	an(8000)	DDIAG_NEXEC_RS_TXT	2-3) 집중영양치료팀 협진 여부가 '2. No' 인 경우, 미실시 사유에 해당하는 내용을 평문으로 기재	A
E. 감염 관련 항목				
1. 중심도관				
1) NICU 입실 이후 중심도관 삽입 또는 교체여부	an(1)	CNTR_CDIT_INS_YN	신생아중환자실 입실 이후 중심도관 삽입 또는 교체 여부를 기재 1 Yes 2 No	E
2) 중심도관 거치 정보		TBL_CNTR_CDIT	※ 중심도관을 동시에 2개 이상 거치한 경우, 각각 시간 순서대로 따로 작성	
99+ 2-1) 삽입일	an(8)	CNTR_CDIT_INS_DD	1) NICU 입실 이후 중심도관 삽입 또는 교체여부 '1. Yes'인 경우, 중심도관을 삽입 또는 교체한 날짜를 기재 ※ 중심도관을 제거하고 당일 다시 동일부위에 삽입할 경우 연속해서 작성 • 유형: ccyyymmdd	A
2-2) 제거일	an(8)	CNTR_CDIT_DEL_DD	1) NICU 입실 이후 중심도관 삽입 또는 교체여부 '1. Yes'인 경우, 중심도관을 제거한 날짜를 기재. 계속 삽입중인 경우 99991231으로 기재 ※ 중심도관을 거치한 상태로 퇴실하는 경우에는 퇴실일을 제거일로 기재 • 유형: ccyyymmdd	A
2-3) 삽입부위	an(1)	CNTR_CDIT_RGN_CD	1) NICU 입실 이후 중심도관 삽입 또는 교체여부 '1. Yes'인 경우, 중심도관이 삽입된 부위를 표기 1 UVC* 2 UAC** 3 PCVC*** 9 기타 * UVC(Umbilical Vein Cath) ** UAC(Umbilical Artery Cath) *** PCVC(Percutaneous Central Venous Cath)	A
삽입부위 기타 상세	an(500)	CNTR_CDIT_RGN_ETC_TXT	2-3) 삽입부위가 '9.기타'인 경우 명칭을 평문으로 기재	A
2. 감염				
1) 중심도관 혈행감염 진단여부	an(1)	CNTR_CDIT_INFC_YN	혈행감염 진단 여부를 기재함 - 중심도관 삽입 또는 교체하고 48시간 이후부터 중심도관 제거 후 48시간 이내에 혈행감염이 발생한 경우 1. Yes 기재 - 중심도관을 거치하고 일반병동 전실 후 48시간 이내에 혈행감염이 발생한 경우 1. Yes 기재 ※ 카테터팁 배양은 혈류감염을 진단하는데 해당사항 없음	E

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분				
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	
1	Yes							
2	No							
중심도관 혈행감염 상세 감염진단건수	n(2)	CNTR_CDIT_ INFC_DIAG_CNT	1) 중심도관 혈행감염 진단여부 '1. Yes' 인 경우, 감염진단건수 기재 - 균의 종류와 관계없이 도관 개수만큼 산정 • (예시) 삽입한 중심도관이 UAC, UVC 2개 인 경우: 2	A				
1-1) 혈액배양검사 피부오염균 검출 여부	an(1)	SKN_INFC_ DETECT_YN	1) 중심도관 혈행감염 진단여부가 '1. Yes' 인 경우, 혈액배양검사 결과 아래에 해당하는 피부오염균 검출 시 1. Yes를 기재 ※ 피부오염균: Corynebacterium spp.[not C. diphtheriae], Bacillus spp.[not B. anthracis], Propionibacterium spp., coagulase-negative staphylococci [including S. epidermidis], viridansgroup streptococci [streptococcus mitior, S. mitis, S. mutans, S. salivarius], Aerococcus spp., Micrococcus spp.	A				
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	
1	Yes							
2	No							
1-2) 5일 이상 또는 사망시까지 항생제 사용 여부	an(1)	ANBO_USE_YN	1) 중심도관 혈행감염 진단여부가 '1. Yes' 인 경우, 중심도관 혈행감염 치료를 위한 적절한 항생제를 5일 이상 또는 사망 시까지 사용 시 1. Yes 기재함	A				
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	
1	Yes							
2	No							
1-3) 출생 후 7일 이내 발생	an(1)	DY7_WN_ OCUR_YN	1) 중심도관 혈행감염 진단여부가 '1. Yes' 인 경우, 출생 후 7일 이내 발생여부에 따른 구분코드를 기재	A				
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	
1	Yes							
2	No							
1-4) 신생아 동종균이 산모 동종균과의 동일 여부	an(1)	SME_STRN_YN	1) 중심도관 혈행감염 진단여부가 '1. Yes' 인 경우, 신생아 동종균이 산모 동종균과 동일한 경우 1. Yes 기재, 동일 여부 확인 불가 시 2. No 기재	A				
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	
1	Yes							
2	No							
1-5) 중심도관 삽입 당시 혈행감염 여부	an(1)	CNTR_CDIT_ INS_INFC_YN	1) 중심도관 혈행감염 진단여부가 '1. Yes' 인 경우, 중심도관 삽입시 혈행감염 진단 여부에 따른 구분코드를 기재	A				
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	
1	Yes							
2	No							
1-6) 혈행감염 후 회복 여부	an(1)	INFC_RCOV_YN	1) 중심도관 혈행감염 진단여부가 '1. Yes' 인 경우, 혈행감염 회복 여부에 따른 구분코드를 기재	A				
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> </table>	1	Yes	2	No	
1	Yes							
2	No							
혈행감염 후 회복 여부 상세	n(2)	INFC_RCOV_ CNT	1-6) 혈행감염 후 회복 여부가 '1. Yes' 인 경우, 혈행감염 후 회복 건수를 기재(1≤N≤10, 숫자만 기재)	A				
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)								

104 마취 평가표준서식(ASM035)

• Mode: an(alpha-numeric: 왼쪽정렬, 기본값=space)
 • n(numeric: 오른쪽정렬, 기본값=0)

• 필수여부 구분: 필수(E, Essential), 해당사항 있을 시 필수(A, Applicable), 선택(C, Choice)

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
문서공통정보					
1. 서식코드	an(6)	SUPL_DATA_FOM_CD	ASM035	E	
2. 서식버전	an(3)	FOM_VER	001	E	
3. 요양기관기호	an(8)	YKIHO	요양기관기호	E	
4. 청구번호	an(10)	DMD_NO	요양급여비용 심사청구시 요양기관에서 부여한 번호를 기재 • 유형: CCYYMM+일련번호 4자리 CCYYMM: 진료년월(6자리)	E	
5. 접수번호	an(7)	RCV_NO	해당 내역을 청구한 명세서의 접수번호를 기재	E	
6. 접수년도	an(4)	RCV_YR	• 유형: CCYY	E	
7. 청구서일련번호	n(3)	BILL_SNO	원청구건에 대한 제출인 경우 '1' 기재 보완청구건에 대한 제출인 경우, 심사결과통보서를 통해 통보된 번호를 기재	E	
8. 명세서일련번호	an(5)	SP_SNO	요양급여비용 심사청구시 요양기관에서 부여한 요양급여비용명세서의 일련번호 • 00001-99999 • 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재	E	
9. 보험자구분코드	an(1)	INSUP_TP_CD	보험자구분코드를 기재 4: 건강보험, 5: 의료급여, 7: 보훈, 8: 자동차보험	E	
10. 참고업무구분코드	an(2)	FOM_REF_BIZ_TP_CD	제출자료를 참고하는 업무 구분 코드를 기재	E	
			01 1차심사		06 신포괄
			02 심사보완		08 난임시술
			03 이의신청		09 진료의뢰회송
			04 평가		10 신포괄정보관리평가
			05 진료비민원		11 분석심사
1) 업무상세코드	an(5)	DTL_BIZ_CD	참고업무의 상세 업무구분이 있는 경우 (참고업무구분코드 가 '03: 이의신청', '04: 평가'인 경우) 필수 기재 ※ 이의신청: RCV(접수), SUP(보완) ※ 평가: NIC(신생아중환자실), KHD(혈액투석), BLT(수혈), ANE(마취)	A	
11. 요청번호	an(20)	REQ_DATA_NO	참고업무 구분코드가 '03: 이의신청, 05: 진료비민원, 09: 진료의뢰회송, 10: 신포괄정보관리평가'인 경우 필수 기재 단, '이의신청'의 경우 1)업무상세코드 'RCV(접수)'인 경우에만 필수 기재 ※ 요청번호는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A	
12. 재심사접수ID	an(14)	RE_RV_RCV_ID	1) 업무상세코드가 이의신청: SUP(보완)인 경우 필수 기재 ※ 재심사접수ID는 요청자료 목록조회 API 또는 웹포털 화면을 통해 조회 가능	A	
환자 등록번호	an(10)	HOSP_RNO	요양기관에서 부여한 환자 등록번호를 기재	E	
환자 성명	an(50)	PAT_NM	환자의 성명을 기재하되, 반드시 성과 이름을 붙여서 기재	E	
환자 주민등록번호	an(13)	PAT_JNO	"-" 생략 기재	E	
A. 기본 정보					
1. 입원일시	an(12)	IPAT_DT	해당 의료기관에 입원한 날짜와 시간을 아래 유형으로 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E	
B. 마취 정보					
1. 마취 시작일시	an(12)	NCT_STA_DT	마취를 시작한 날짜와 시간을 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	E	

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
2. 마취사유	an(2)	NCT_RS_CD	마취를 하게 된 사유 구분코드 기재 • 구분코드	E	
			01 처치 및 수술		02 영상진단 및 방사선치료
			03 무통분만		04 통증조절
			99 기타 검사		
			※ 동일 마취하에 여러 치료를 한 경우 주된 마취사유 기재 (01) 처치 및 수술: 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제9장 처치 및 수술료 등」 및 신의료기술 등 급여목록에 없는 처치 및 수술에 해당하는 경우 기재, 다만, '자-435', '자-436', '자-438'에 해당하는 경우 '(03)무통분만'으로 기재 (02) 영상진단 및 방사선치료: 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료」 중 CT, MRI 등의 진단목적 영상검사 및 방사선치료를 시행한 경우 기재 (03) 무통분만: 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제9장 처치 및 수술료 등」 중 '자-435', '자-436', '자-438'에 해당하는 경우 기재 (04) 통증조절: 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제6장 마취료 제3절 신경차단술료」에 해당하는 경우 기재 (99) 기타 검사: 그 외 검사 목적이거나 수술 실패로 마취만 시행 된 경우 등 기재		
C. 마취 전					
1. 환자평가	an(1)	PTNT_ASM_YN	해당 마취에 대한 마취 전 환자평가를 시행하여 정형화된 서식에 주요 사항을 기록하고 마취통증의학과 의사(전문의, 전공의)가 서명하였는지 여부 기재 ※ 시행 여부가 '(1) Yes'인 경우 'F.기타 사항'에 「마취 전 환자 평가 기록지」 관련 이미지(pdf/jpg/gif/png/zip/xlsx/hwp/pptx 등) 첨부 가능 1 Yes 2 No ※ 「마취 전 환자 평가 기록지」 주요 사항 예시 ① 진료기록 조사 및 환자면담: 나이, 성별, 키·몸무게 등 기본정보, 마취기록, 동반질환 관련 기록, 예정 수술, 과거력, 가족력, 투약, 기도의 해부학적 정보, 흡연이나 음주 여부 등 ② 신체검사: 활력징후, 치아상태 및 기도평가, 주요 장기의 기능평가 등 ③ 환자 신체상태 분류: 미국마취과학회 분류(ASA class)에 따른 환자상태 분류 ④ 수술 전 검사의 이상 유무 ⑤ 마취 계획	E	
2. 중심정맥도관			※ 중심정맥도관: 마취 시 지속적인 약물 주입 등을 위하여 정맥에 위치하도록 삽입 한 긴 관으로 A-line 등은 해당되지 않음		
1) 마취 시 삽입 (교체) 여부	an(1)	CNTR_CDIT_INS_YN	수술실 도착 후 마취 시 중심정맥도관을 삽입하거나 교체 하였는지 여부 기재 1 Yes 2 No	E	
2-1-1. 초음파 보조 여부	an(1)	ULTRS_SUP_YN	1) 마취 시 삽입(교체) 여부가 '(1) Yes'인 경우 초음파보조 중심정맥 도관법 적용 여부 기재 1 Yes 2 No ※ 초음파보조 중심정맥 도관법 • real-time 초음파 적용: 무균 막으로 감싼 초음파 탐침을 사용하여 도관 시작과 종료까지 실시간으로 초음파 적용 • static 초음파 적용: 중심정맥도관 전 초음파로 해부학적 구조를 확인하고 수술 marker로 표기한 후 도관부위를 무균 소독하고 도관 시행	A	
D. 마취 중					
1. 의도적 저체온증	an(1)	LBT_TRET_YN	의도적으로 저체온 치료 적용 중인지 여부 기재 1 Yes 2 No	E	

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분
2. 체온평가				
1) 체온평가 시행 여부	an(1)	NCT_MIDD_TMPR_MASR_YN	마취 중 체온 측정 여부 기재 ※ 1) 체온평가 시행 여부가 '(1) Yes'인 경우 2-2-1. 측정일시, 2-2-2. 측정방법, 2-2-3. 측정결과 필수 기재 1 Yes 2 No	E
2) 측정내용		TBL_NCT_MIDD		
99+ 2-2-1. 측정일시	an(12)	MASR_DT	1) 체온평가 시행 여부가 '(1) Yes'인 경우 측정일시 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	A
2-2-2. 측정방법	an(2)	TMPR_RGN_CD	1) 체온평가 시행 여부가 '(1) Yes'인 경우 해당 체온을 측정하는 방법 구분코드 기재 01 폐동맥 02 식도 03 방광 04 직장 05 구강 06 고막 07 액와 08 측두동맥 99 기타	A
2-2-2-1. 기타 상세	an(400)	TMPR_RGN_ETC_TXT	2-2-2. 측정방법이 '(99) 기타'인 경우 체온 측정 부위를 평문으로 기재	A
2-2-3. 측정결과	n(2.1)	TMPR	1) 체온평가 시행 여부가 '(1) Yes'인 경우 체온을 섭씨온도 (°C) 단위로 기재 ※ 소수점 이하 첫 번째 자리까지 기재 • (예시) 36.5	A
E. 마취 후(회복실)				
1. 회복실 입실 여부	an(1)	RCRM_IPAT_YN	수술 후 회복실 입실 여부 ※ 회복실 적정 기준을 모두 충족 하지 못해도 수술 환자가 마취 후 회복할 수 있는 시설을 운영하는 경우 '(1) Yes' 로 기재 가능 ※ 1. 회복실 입실여부가 '(1) Yes'인 경우 2. 체온 평가, 3. 오심 및 구토평가, 4. 통증평가 필수 기재 • 구분코드 1 Yes 2 No	E
2. 체온 평가				
1) 체온평가 시행 여부	an(1)	NCT_AF_TMPR_MASR_YN	1. 회복실 입실여부가 '(1) Yes'인 경우 회복실에서 체온 측정 여부 기재 ※ 1) 체온평가 시행여부가 '(1) Yes'인 경우 2-2-1. 측정일시, 2-2-3. 측정결과 필수 기재 1 Yes 2 No	A
2) 측정내용		TBL_NCT_AF		
99+ 2-2-1. 측정일시	an(12)	MASR_DT	1) 체온평가 시행 여부가 '(1) Yes'인 경우 측정일시 기재 • 유형: ccyymmddhhmm	A
2-2-2. 측정방법	an(2)	TMPR_RGN_CD	1) 체온평가 시행 여부가 '(1) Yes'인 경우 해당 체온을 측정하는 방법 구분코드 기재 01 폐동맥 02 식도 03 방광 04 직장 05 구강 06 고막 07 액와 08 측두동맥 99 기타	C
2-2-2-1. 기타 상세	an(400)	TMPR_RGN_ETC_TXT	2-2-2. 측정방법이 '(99) 기타'인 경우 체온 측정 부위를 평문으로 기재	C
2-2-3. 측정결과	n(2.1)	TMPR	1) 체온평가 시행 여부가 '(1) Yes'인 경우 체온을 섭씨온도(°C) 단위로 기재 ※ 소수점 이하 첫 번째 자리까지 기재 • (예시) 36.5	A

항 목 명	MODE	KEY	항 목 설 명	구분	
3. 오심 및 구토 평가	an(1)	EMSS_ASM_ EXEC_FQ_CD	1. 회복실 입실여부가 '(1) Yes'인 경우 오심 및 구토평가 실시 횟수 기재	A	
			0 미실시		1 1회
			2 2회 이상		
3-1. 사유	an(400)	EMSS_ASM_ RS_TXT	'3. 오심 및 구토평가'가 '(0) 미실시' 인 경우 미실시 사유를 평문으로 기재, '(1) 1회' 인 경우 1회 실시 사유를 평문으로 기재	A	
4. 통증평가	an(1)	PAIN_ASM_ EXEC_FQ_CD	1. 회복실 입실여부가 '(1) Yes'인 경우 통증평가 실시 횟수 기재	A	
			0 미실시		1 1회
			2 2회 이상		
4-1. 사유	an(400)	PAIN_ASM_RS_ TXT	'4. 통증평가'가 '(0) 미실시' 인 경우 미실시 사유를 평문으로 기재, '(1) 1회' 인 경우 1회 실시 사유를 평문으로 기재	A	
F. 기타 정보					
1. 첨부	image	APND_DATA_NO	C-1. 환자평가가 '(1) Yes'인 경우 「마취 전 환자 평가 기록지」 관련 이미지(pdf/jpg/gif/png/zip/xlsx/hwp/pptx 등) 파일 첨부	C	
※ 테이블 형태의 항목은 앞부분에 '99'가 표기되어 있으며 이는 최대 99개의 Row를 추가할 수 있음을 의미함 (단, '99+'는 Row수에 제한이 없음)					

