외래 진료 기록 초안 정리 기준

교육 영상 시연용 가상 자료

JJ병원(가상) · 의사 확인 전 초안 / 교육용 참고 자료

사용 전

병원이 승인한 계정·도구·입력 범위·보관 위치인지 먼저 확인한다. 가명 처리만으로 사용 승인이 되지 않는다.

개인정보

실제 이름·등록번호·주민번호·연락처·주소를 가리거나 가명 처리한다. 자유 문장에 남은 직장·가족·상세 일정도 점검한다. 연결표는 대화에 넣지 않는다.

순서

본문은 주호소 → 소견 → 계획 순서. 의사 확인 메모는 본문 밖에 둔다. 이 틀은 교육용이며 병원 공통 공식 서식이 아니다.

말한 사람

환자 진술·측정값·의사 관찰을 구분한다. 환자가 말한 숨참 없음과 의사가 관찰한 천명음 없음을 서로 바꾸지 않는다.

원문 충실성

기간·횟수·수치·단위를 그대로 옮긴다. 원문에 없는 정상 소견·진단·검사·약·용량·방문일을 만들지 않는다.

확인 필요

약 이름을 모르면 (확인 필요). 메모에 없다는 말은 실제로 시행하지 않았다는 뜻이 아니다. 의사가 실제 진료 내용과 대조한다.

검토

원문과 초안을 항목별로 대조한다. 잘못된 수치·근거 없는 확진·처방·알레르기 누락을 수정한다. 표시를 지우기 위해 내용을 추측하지 않는다.

확정·보관

전담간호사는 병원이 허용한 범위에서 초안을 준비한다. 의사가 확인·수정 후 확정한다. 환자 기록은 승인한 경로에만 저장·열람하고 개인 메신저에 보내지 않는다.

이 기준은 교육용 실습 기준입니다. 실제 도구 승인·기록 서식·검토·보관 절차는 병원 규정을 따릅니다.