

서식 5

코로나19 환자의 재택치료관리의료기관 지정신청·변경서

코로나19 환자의 재택치료관리의료기관 신청·변경서

의료기관	의료기관명	요양기호
	소재지	전화번호
의료기관종별 [] 의원, [] 병원, [] 종합병원, [] 상급종합병원		
대표자	성 명	전화번호
	주 소	
	면허번호	생년월일
재택치료 관리의료기관 체크리스트		예 아니오
1) 1일 2회 건강관리 모니터링이 가능합니다.		
2) 유무선 전화, 화상통신을 활용하여 비대면 상담 및 처방이 가능합니다.		
3) 유증상 지속 등 전원 가능성이 높은 환자들은 취침 전 1회 이상 추가 전화 확인 등 실제 전원 전까지 관리가 가능합니다.		
4) 이상 징후 발견 시 영상통화로 안부를 즉시 확인하고 비대면 진료 실시, 응급상황 발생에 대한 판단 및 이송 요청이 가능합니다.		
5) 야간 응급상황에 대비한 비상연락체계를 갖추고 있으며, 24시간 대응이 가능합니다.		

※ (첨부) 서식 5-1 재택치료관리의료기관 현황 및 운영 계획서 및 서식 5-2 재택치료관리의료기관 참여인력별 세부현황

코로나19 환자의 '재택치료' 건강관리를 담당하는 재택치료관리의료기관으로 지정을 신청합니다.

년 월 일

개설자(대표자)

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

재택치료관리의료기관 현황 및 운영 계획서				
의료기관명		요양기호		
일반현황 ¹⁾	기관 유형	<input type="checkbox"/> 감염병전담병원 <input type="checkbox"/> 국민안심병원 <input type="checkbox"/> 생활치료센터 협력병원 <input type="checkbox"/> 선별진료소 운영경험 <input type="checkbox"/> 호흡기전담클리닉 설치 <input type="checkbox"/> 기타		
	특수병상 운영 여부	<input type="checkbox"/> 응급실 <input type="checkbox"/> 중환자실		
	재택치료 운영장소 지정 여부	<input type="checkbox"/> 지정 <input type="checkbox"/> 미지정		
참여 인력 현황 및 운영계획				
참여인력 ²⁾	의사 ()명	간호사 ()명 전담 ()명 비전담 ()명	기타 모니터링 인력 ()명 직종1 ()명 직종2 ()명	행정인력 ()명
인력운영 계획 ³⁾				
이송계획 ⁴⁾				
작성자	성 명 : 소속부서 : / 직책 : 전화번호 : 핸드폰 번호 : 이메일 :		작성일자	
※ 작성요령 1) 해당란에 √ 표시 2) 재택치료 업무에 참여하는 모든 인력 기재, 참여인력별 세부현황은 서식5-2 양식에 따라 작성하여 첨부 3) 24시간 대응 가능한 인력 운영계획을 반드시 작성 4) 비상연락망, 야간 응급상황 발생시 대응계획, 이송의료기관 확보 여부 및 이송의료기관 목록을 구체적으로 기재				

서식5-2

재택치료관리의료기관 참여인력별 세부현황

☐ **의사**

의사구분	주민등록번호	성명	면허번호	자격종별	적용시작일자	적용종료일자

☐ **간호사 등 모니터링 인력**

인력구분	전담/비전담	주민등록번호	성명	면허번호	면허취득일자	적용시작일자	적용종료일자

서식 11

생활치료센터·재택치료 진료지원시스템 등록 신청서

항목	내용	비고
전담팀명	예) 00구 재택치료센터	시도 담당부서에서 가이드 제공
지역(시·도명)	예) 00시 00구	
주 소	예) 00시 00구 00동 000로00	
연계 의료기관 (요양기관번호)	예) 00병원(123344)	
대표 전화번호	예) 00-000-000	
응급 전화번호	응급 전화번호(필수) 관리자가 수전 가능	환자가 응급 시 연락이 가능한 전화번호
관리자*	계정	한국보건 의료정보원에서 부여
	이름	000
	연락처	예) 010-0000-0000 직통번호 또는 휴대 번호
비 고	개소 희망일 : 2021년 00월 00일	평일 기준 최소 1일 전까지 접수

‘생활치료센터·재택치료 진료지원시스템’ 등록을 위한 개인정보 수집·이용 동의서

한국보건 의료정보원은 ‘생활치료센터·재택치료 진료지원시스템’ 서비스 제공을 위하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용하고자 합니다.

항목	수집목적	보유기간
이름, 연락처	시스템관리자 등록	시스템 운영 종료시까지

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 사용자계정 등록 등 시스템 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

성명

(서명 또는 인)

한국보건 의료정보원 귀중

생활치료센터·재택치료 진료지원시스템 관리자 보안서약서

본인은 년 월 일부로 ‘생활치료센터·재택치료 진료지원시스템’ 운영 및 관리와 관련한 업무(이용자 본인확인 및 사용자계정 관리, 접근권한 관리, 정보보안 및 개인정보보호 등)를 수행함에 있어 다음 사항을 준수할 것을 엄숙히 서약합니다.

1. 나는 ‘생활치료센터·재택치료 진료지원시스템’ 운영 및 관리와 관련된 소관 업무가 국가기밀 사항임을 인정하고 제반 보안관계규정 및 지침을 성실히 준수한다.
2. 나는 이 기밀을 누설함이 국가이익을 침해할 수도 있음을 인식하고 재직 중은 물론 퇴직 후에도 알게 된 모든 기밀사항을 일체 타인에게 누설하지 아니한다.
3. 나는 기밀을 누설한 때에는 아래의 관계법규에 따라 엄중한 처벌을 받을 것을 서약한다.

가. 형법 제317조(업무상비밀누설)

나. 의료법 제19조(정보 누설 금지) 및 제88조(벌칙)

다. 감염병예방법 제74조(비밀누설의 금지) 및 제78조(벌칙)

라. 전자정부법 제35조(금지행위) 및 제76조(벌칙)

마. 개인정보보호법 제59조(금지행위) 및 제71조(벌칙) 등

년 월 일

서약자

소속

생년월일

직위(직급)

성명

1000

한국보건 의료정보원장 귀하