



사회적 욕구 스크리닝

환자 및 보호자의 욕구를 파악하여 환자의 안전한 치료와 건강 회복을 지원하고자 하오니 **아래 해당하는 사항에 예, 아니오로 체크해 주시기 바랍니다.**

| | | | |
|------|-------|------|---|
| 환자명 | | 생년월일 | |
| 작성날짜 | 년 월 일 | 응답자 | <input type="checkbox"/> 환자본인 <input type="checkbox"/> 가족 (관계 :) <input type="checkbox"/> 기타 () |

| 번호 | 질문 | 답변 |
|----|---|---|
| 1 | 비용 때문에 의사의 진료를 받기 어려우신가요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 2 | 지난 3개월 동안 청구된 비용을 지급하지 않아서 전기, 가스, 수도, 전화 등을 이용하기 어려운 적이 있었나요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 3 | 지난 3개월 동안 음식을 살 돈이 부족해 먹어야 하는 양보다 적게 먹은 적이 있나요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 4 | 지난 3개월 동안, 병원에 갈 방법이 없어서 진료를 받지 못한 적이 있나요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 5 | 앞으로 안정적으로 살 곳(주거지)이 없을까 걱정하고 있나요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 6 | 종종 가까이 지내는 사람이 없다고 느끼나요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 7 | 질병 치료와 관리를 도와줄 가족이나 주변 사람이 없나요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 8 | 병으로 인한 심리적 문제(스트레스, 우울, 불안 등)로 일상생활에 어려움이 있나요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 9 | 일자리를 찾거나 일을 유지하는 데 도움이 필요한가요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 10 | 병원 자료(소책자, 의사 또는 약사가 제공하는 자료 등)를 읽고 이해하는데 어려움이 있나요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 11 | 가족 중 나(환자)의 돌봄이 필요한 아동 청소년, 노인, 환자, 신체적이나 정신적으로 장애를 가진 사람이 있나요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 12 | 지난 3개월 동안, 가족이나 이웃으로부터 신체적, 언어적 폭력을 경험한 적이 있나요? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |

위 질문에 "예"라고 체크한 항목 중, 병원 또는 지역사회기관으로부터 가장 우선적으로 도움받길 원하는 욕구의 순위를 문항의 번호로 작성해 주세요.

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|-----|--|
| 1순위 | | 2순위 | | 3순위 | |
|-----|--|-----|--|-----|--|