메릴렌드주
결핵 환자/의료서비스 제공자 동의서

환자 성명: _____ 생년월일: _____ 기록번호:

- 나는 결핵에 걸렸다고 의심되거나 확인된 적이 있는 사실을 알고 있다
- 결핵은 대화도중이나 노래를 부를 때, 또는 재채기로 타인에게 전염될 수도 있습니다.
- 결핵의 치료방법 중에는 여러 가지 약들을 장기간 복용을 해야 합니다.
- 나의 담당의사는 나의 결핵병에 대해서 보건당국에 보고해야만 합니다.
- 보건 당국의 일은 나의 결핵에 대해 완치되었는지를 확인해야 합니다.
- 나는 만일 내가 의사의 치료처방을 따르지 않을 경우, 보건 당국에서는 법정 조치를 취할 수 있음을 알고 있습니다.

환자의 의무

나는 아래와 같은 사항에 책임이 있다

- 나의 결핵 약을 받기 위해 보건소에 정규적인 취약시간을 정할 의무가 있습니다.
- 내가 약속한 바와 같이 매일 결핵 약을 복용하겠습니다.
- 만일 결핵 약에 대한 부작용이 있을 경우 보건소에 연락을 취하겠습니다.
- 최근에 복용하고 있는 약이나 혹은 앓고 있는 질병이 있는 경우 솔직하고 자세히 담당 의사나 간호원에게 말하겠습니다.
- 나의 결핵 치료를 위한 예약을 지키겠습니다.
- 만일 진료예약을 지킬 수가 없을 경우 보건소에 가능한 한 빨리 알리고 다음번 예약을 만들어 놓겠습니다.
- 혹시 라도 나의 결핵병균에 접촉된 사람이 있을 경우엔 보건소에 알리겠습니다.
- 나의 치료에 관련된 각종 검사(타액검사, X-레이 사진 등등)에 협조를 합니다.
- 나의 주소나 전화번호 변경사실을 보건소에 알립니다.

의료서비스 제공자의 의무

나는 아래와 같은 사항에 책임이 있다

- 결핵병과 관련된 위험에 대해서 환자와 환자가 접촉하는 사람들 및 가족들에게 명확하고 자세하게 설명을 해야한다.
- 환자의 진찰 정도와 약에 대한 모든 질문들에 대해서 대답을 해주어야 한다
- 환자의 결핵 치료에 관련된 모든 처방들을 제공한다
- 당신의 건강 상태에 관한 변화(실험결과, X-레이 등등)를 알려주어야 한다
- 서로가 동의한 결핵 약을 환자가 받을 수 있도록 한다.

치료동의서

- 나는 이 동의서를 읽거나 혹은 타인이 읽어 주었으며, 나의 질문들에 대해 답을 들었고 보관용 사본을 소지하고 있습니다.
- 나는 내게 주는 약들은 나의 결핵 치료를 위해서 주어짐을 알고 있습니다.
- 나는 결핵이 전염성이 강하므로 나의 건강과 또한 공공의 건강을 위해 처방 약을 꼭 복용하겠습니다.
- 나는 담당의사의 진료처방을 따르며 처방 약의 복용에 관해서 동의합니다.

환자 또는 환자/보호인 서명	서명일자	의료서비스 제공자 서명	서명일자

DHMH 4511(9/95)

KOREAN

제공자용 사본 - 흰색 환자용 사본- 개나리색