

협약서

시설	시설명	제일수요양원		
	주 소	경기도 고양시 덕양구 동현로 445		
	시설장(대표)	심 경 숙	연락처	031-963-3755
의료 기관	기관명	한솔치과의원		
	주 소	경기 고양시 덕양구 해음로 44(고양동 144번지)		
	기관장(대표)	지 찬 동	연락처	031-962-2891
	협약(진료)과목	치과		
협약기간		2025년 1월 1일 ~ 2025년 12월31일		
협약 내용				
제1조(목적) 본 협약은 “ 제일수요양원 ”과 “ 한솔치과의원 ”간의 상호 협력을 통하여 시설 입소자들의 의료서비스에 대한 적절한 조치를 취하도록 하여 입소자의 구강건강증진에 기여함을 목적으로 한다. 제2조(협약사항) “ 제일수요양원 ” 과“ 한솔치과의원 ”은 다음 각호의 사항을 상호 지원할 것을 협약한다. 1. 협약의료기관의 의사는 매월 1회 시설을 방문하여 시설의 간호(조무)사의 협조를 받아 입소자의 구강상태를 확인 하고, 적절한 조치 또는 권고를 한다. 2. 시설의 간호(조무)사는 입소자의 구강상태를 파악하고, 건강관리기록부를 작성하여 보관하여야 한다. 건강기록부에는 입소자의 구강상태에 따라 복용약물, 체중, 혈압, 체온, 혈당 등 입소자에게 필요한 건강정보를 기록하여 방문의사가 입소자의 구강상태를 평가하는데 도움이 되도록 하여야 한다. 3. 시설에서 구강환자가 발생하였을 경우 협약의료기관과의 상담하고 필요시 후송하여 필요한 경우 발치 및 의치 처치를 한다. 4. “협약의료기관”은 입소자의 건강상태에 대해 상시적으로 의료상담을 실시한다. 제3조(협약사항의 추가) 협약기간 중이라도 상호협약에 의해 협약내용을 추가할 수 있다. 제4조(비밀의 보장) 양 기관은 상호 의뢰한 환자에 대한 일체의 정보 및 협의사항에 대해서는 비밀을 보장하여야 한다. ※ 본 협약은 상대방의 동의 없이 당사자의 일방이 이를 해지할 수 없음. 다만, 상대방기관에 대한 명예훼손 등 불이익을 초래한 경우는 일방의 결정에 의하여 협약을 취소할 수 있으며, 계약기간이 만료된 경우에도 특별한 사정이 없는 한 상호 협의하여 협약기간을 갱신한 것으로 본다.				
위 협약조건을 지키기 위하여 본 협약서를 작성하고 서명 날인함 2025년 1 월 1 일 시 설 장 성 명 심 경 숙 (인) 의료기관장 성 명 지 찬 동 (인)				