Supplement A. The common dataset documents for reporting to National Health Insurance system

Document for Education and Training Charge I

A. Patient information					
1. Patient name	2. Date of Birth		3. Registration Date		
4. Inpatient or Outpatient	○ Inpatient ○ Outpatient				
5. Surgery Date	MM/DD/YY				
6. Surgery Information	6-1. Surgery Side		○ Left ○ Right ○ Both		
	6-2. Surgery Type				
	○ Joint Replacement		○ Fracture Surgery		
	○ Hip ○ Knee ○ Ankle		○ Hip ○ Tibia/Fibula ○ Femur ○ Ankle ○ Knee ○ Etc.		
	6-3. Surgery Name				
7. Weight Bearing	○ Full ○ Partial ○ Toe-Touch ○ None				
8. Gait Aids	○ Independent ○ Cane ○ Axillary Crutch ○ Walker ○ Other				
9. Current Medication (multiple selections allowed)	□ None □ Cardiovascular □ Endocrinological □ Respiratory □ Analgesic □ Sedative □ Other				
10. Co-morbidities (multiple selections allowed)	□ None □ Cardiovascular □ Endocrinological □ Respiratory □ Nephrological □ Neurologic □ Musculoskeletal □ Other				
B. Educator Information					
1. Educator Information	1-1. Occupational category	1-2. Name	1-3. Certificate Number	1-4. Specialty	1-5. License Number
	Doctor				
C. Assessment					
1. Berg Balance Scale	1-1. Date	MM/DD/YY	1-2. Score	/56	
2. Pain	2-1. VAS	/10	2-2. Pain Area	○ Surgery area ○ Other ( )	
	2-3. Temporal Pattern	○ Persistent ○ Intermittent			
D. Education					
1. Date and Frequency	1-1. Date	MM/DD/YY	1-2. Session Number	○ First ○ Second	
2. Education Subject	○ Patient ○ Caregiver				
3. Education Contents	□ Goals and Needs of Rehabilitation □ Strengthening Exercises □ Aerobic Exercise □ Range of Motion Exercises □ Ambulation (Level Ground/Stairs/Slope)		□ How to Use Gait Aids □ Fall Prevention □ Pain Management □ Postoperative Complication Management □ Precautions for Exercise (weight Bearing Control)		
4. Required Time	( ) minutes				
5. Availability of Educational Materials	○ Yes ○ No				
6. Level of Understanding	○ Very high ○ High ○ Average ○ Low ○ Very low				
7. Other Remarks					

Document for Education and Training Charge II

A. Patient information					
1. Patient name	2. Date of Birth		3. Registration Date		
4. Inpatient or Outpatient	○ Inpatient ○ Outpatient				
5. Surgery Date	MM/DD/YY				
6. Surgery Information	6-1. Surgery Side		○ Left ○ Right ○ Both		
	6-2. Surgery Type				
	○ Joint Replacement		○ Fracture Surgery		
	○ Hip ○ Knee ○ Ankle		○ Hip ○ Tibia/Fibula ○ Femur ○ Ankle ○ Knee ○ Etc.		
	6-3. Surgery Name				
7. Weight Bearing	○ Full ○ Partial ○ Toe-Touch ○ None				
8. Gait Aids	○ Independent ○ Cane ○ Axillary Crutch ○ Walker ○ Other				
9. Current Medication (multiple selections allowed)	□ None □ Cardiovascular □ Endocrinological □ Respiratory □ Analgesic □ Sedative □ Other				
10. Co-morbidities (multiple selections allowed)	□ None □ Cardiovascular □ Endocrinological □ Respiratory □ Nephrological □ Neurologic □ Musculoskeletal □ Other				
B. Educator Information					
1. Educator Information	1-1. Occupational category	1-2. Name	1-3. Certificate Number	1-4. Specialty	1-5. License Number
	○ Physical Therapist ○ Nurse				
C. Assessment					
1. Berg Balance Scale	1-1. Date	MM/DD/YY	1-2. Score	/56	
2. Pain	2-1. VAS	/10	2-2. Pain Area	○ Surgery area ○ Other ( )	
	2-3. Temporal Pattern	○ Persistent ○ Intermittent			
D. Education					
1. Date and Frequency	1-1. Date	MM/DD/YY	1-2. Session Number	○ First ○ Second	
2. Education Subject	○ Patient ○ Caregiver				
3. Education Contents	□ Goals and Needs of Rehabilitation □ Strengthening Exercises □ Aerobic Exercise □ Range of Motion Exercises □ Ambulation (Level Ground/Stairs/Slope)		□ How to Use Gait Aids □ Fall Prevention □ Pain Management □ Postoperative Complication Management □ Precautions for Exercise (weight Bearing Control)		
4. Required Time	( ) minutes				
5. Availability of Educational Materials	○ Yes ○ No				
6. Level of Understanding	○ Very high ○ High ○ Average ○ Low ○ Very low				
7. Other Remarks					

Document for Patient Monitoring Charge

<table>
<tr><td colspan="6">A. Patient information</td></tr>
<tr><td>1. Patient name</td><td>2. Date of Birth</td><td></td><td>3. Registration Date</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>4. Surgery Date</td><td colspan="5">MM/DD/YY</td></tr>
<tr><td rowspan="5">5. Surgery Information</td><td colspan="2">6-1. Surgery Side</td><td colspan="3">○ Left ○ Right ○ Both</td></tr>
<tr><td colspan="2">6-2. Surgery Type</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">○ Joint Replacement</td><td colspan="3">○ Fracture Surgery</td></tr>
<tr><td colspan="2">○ Hip
○ Knee
○ Ankle</td><td colspan="3">○ Hip ○ Tibia/Fibula
○ Femur ○ Ankle
○ Knee ○ Etc.</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">6-3. Surgery Name</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>6. Current Medication (multiple selections allowed)</td><td colspan="5">□ None □ Cardiovascular □ Endocrinological □ Respiratory □ Analgesic □ Sedative □ Other</td></tr>
<tr><td>7. Co-morbidities (multiple selections allowed)</td><td colspan="5">□ None □ Cardiovascular □ Endocrinological □ Respiratory □ Nephrological □ Neurologic □ Musculoskeletal □ Other</td></tr>
<tr><td colspan="6">B. Monitoring</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1. Manager Information</td><td>1-1. Occupational category</td><td>1-2. Name</td><td>1-3. Certificate Number</td><td>1-4. Specialty</td><td>1-5. License Number</td></tr>
<tr><td>○ Physical Therapist
○ Nurse</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2. Monitoring Date</td><td colspan="5">MM/DD/YY</td></tr>
<tr><td>3. Monitoring Method</td><td colspan="5">○ Call ○ Messager ( ) ※ Chargeable only if two-way communication is achieved when using a messenger</td></tr>
<tr><td>4. Monitoring Subject</td><td colspan="5">○ Patient ○ Caregiver</td></tr>
<tr><td>5. Gait Aids</td><td colspan="5">○ Independent ○ Cane ○ Axillary Crutch ○ Walker ○ Other</td></tr>
<tr><td rowspan="4">6. Rehabilitation Conducted</td><td colspan="2">6-1. Rehabilitation Conducted</td><td colspan="3">○ Yes ○ No (6-5)</td></tr>
<tr><td colspan="2">6-2. Rehabilitation Type</td><td colspan="3">□ Range of Motion Exercises
□ Strengthening Exercises
□ Gait Training
□ Other</td></tr>
<tr><td colspan="2">6-3. Frequency (/week)</td><td colspan="3">6-4 Time (minutes/session)</td></tr>
<tr><td colspan="2">6-5. Reason of No Rehabilitation</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">7. Pain</td><td>2-1. VAS</td><td>/10</td><td>2-2. Pain Area</td><td colspan="2">○ Surgery area ○ Other ( )</td></tr>
<tr><td>2-3. Temporal Pattern</td><td colspan="4">○ Persistent ○ Intermittent</td></tr>
<tr><td>8. Goal of Patient Monitoring</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>9. Monitoring Contents</td><td colspan="5">□ Range of Motion Exercises
□ Strengthening Exercises
□ Safe Ambulation
□ Pain Management
□ Postoperative Complication Management
□ Fall Prevention</td></tr>
</table>

10. Level of Understanding	○ Very high ○ High ○ Average ○ Low ○ Very low

Original document of Education and Training Charge I

교육상담료 I 점검서

A. 환자 정보

1. 환자 성명		2. 생년월일(7자리)	○○○○○○ ~ ○******	3. 등록 일자	년 월 일
4. 입원 · 외래 구분		○ 입원 ○ 외래			
5. 수술일		년 월 일			
6. 수술정보		6-1. 수술부위	○ 좌측 ○ 우측 ○양측		
		6-2. 수술종류			
		○ 관절 치환술	○ 골절 수술		
		○ 고관절(hip) ○ 슬관절(knee) ○ 족관절(ankle)	○ 고관절(hip) ○ 대퇴(femur) ○ 슬관절(knee)	○ 하퇴(tibia, fibula) ○ 족관절(ankle) ○ 기타 ( )	
		6-3. 수술명	*(선택기재: Text 입력)*		
7. 체중부하정도 (weight bearing)		○ Full ○ Partial ○ Toe-touch ○ Non			
8. 보행보조기구 사용여부		○ 독립보행 ○ 지팡이 ○ 목발 ○ 워커 ○ 기타( )			
9. 복용약물 (중복 선택 가능)		□ 해당없음 □ 심장약 □ 내분비약 □ 호흡기약 □ 진통제 □ 진정제 □ 기타( )			
10. 동반 질환 (중복 선택 가능)		□ 해당없음 □ 심혈관계 □ 내분비계 □ 호흡기계 □ 신장질환 □ 신경계 □ 근골격계 □ 기타( )			

B. 교육자 정보

1. 교육자 정보	⌕ 조회 (1명만 선택 가능)				
	1-1. 직종	1-2. 성명	1-3. 면허번호	1-4. 전문과목	1-5. 자격번호
	의사				

C. 검사 정보

1. BBS	1-1. 실시일	년 월 일	1-2. 점수	/ 56점
2. 통증	2-1. VAS 점수	/ 10점	2-2. 부위	○ 수술부위 ○ 기타부위( )
	2-3. 빈도	○ 간헐적 ○ 지속적		

D. 교육 관련 사항

1. 교육일자 및 회차	1-1. 실시일	년 월 일	1-2. 회차	▼
2. 교육대상	○ 환자 ○ 환자 및 보호자 환자와의 관계: ____ ▼)			
3. 교육상담 내용 (중복 선택 가능)	□ 재활운동의 목적 및 필요성 □ 근력운동 방법 □ 유산소운동 방법 □ 관절운동 방법 □ 보행방법(평지/계단/경사보행 등)		□ 보조기기 등 사용방법 □ 낙상 예방 교육 □ 통증 조절 및 대처법 □ 수술 후 합병증 관리 □ 운동 시 주의사항(체중부하정도 등) □ 기타( )	
4. 소요시간	( )분			
5. 자료제공 여부	○ 제공 ○ 미 제공			
6. 교육내용 이해정도	○ 매우 높음 ○ 높음 ○ 보통 ○ 낮음 ○ 매우 낮음			
7. 기타 기재사항	*(선택기재: Text 입력)*			

교육상담료 II 점검서

A. 환자 정보

1. 환자 성명		2. 생년월일(7자리)	○○○○○○ ~ ○******	3. 등록 일자	년 월 일
4. 입원 · 외래 구분	○ 입원 ○ 외래				
5. 수술일	년 월 일				
6. 수술정보	6-1. 수술부위	○ 좌측 ○ 우측 ○양측			
	6-2. 수술종류				
	○ 관절 치환술	○ 고관절(hip) ○ 슬관절(knee) ○ 족관절(ankle)	○ 골절 수술	○ 고관절(hip) ○ 대퇴(femur) ○ 슬관절(knee)	○ 하퇴(tibia, fibula) ○ 족관절(ankle) ○ 기타 ( )
	6-3. 수술명	*(선택기재: Text 입력)*			
7. 체중부하정도 (weight bearing)	○ Full ○ Partial ○ Toe-touch ○ Non				
8. 보행보조기구 사용여부	○ 독립보행 ○ 지팡이 ○ 목발 ○ 워커 ○ 기타( )				
9. 복용약물 (중복 선택 가능)	□ 해당없음 □ 심장약 □ 내분비약 □ 호흡기약 □ 진통제 □ 진정제 □ 기타( )				
10. 동반 질환 (중복 선택 가능)	□ 해당없음 □ 심혈관계 □ 내분비계 □ 호흡기계 □ 신장질환 □ 신경계 □ 근골격계 □ 기타( )				

B. 교육자 정보

1. 교육자 정보	⌕ 조회 (1명만 선택 가능)				
	1-1. 직종	1-2. 성명	1-3. 면허번호	1-4. 전문과목	1-5. 자격번호

C. 검사 정보

1. BBS	1-1. 실시일	년 월 일	1-2. 점수	/ 56점
2. 통증	2-1. VAS 점수	/ 10점	2-2. 부위	○ 수술부위 ○ 기타부위( )
	2-3. 빈도	○ 간헐적 ○ 지속적		

D. 교육 관련 사항

1. 교육일자 및 회차	1-1. 실시일	년 월 일	1-2. 회차	▼
2. 교육대상	○ 환자 ○ 환자 및 보호자 환자와의 관계: ____ ▼)			
3. 교육상담 내용 (중복 선택 가능)	□ 재활운동의 목적 및 필요성 □ 근력운동 방법 □ 유산소운동 방법 □ 관절운동 방법 □ 보행방법(평지/계단/경사보행 등)		□ 보조기기 등 사용방법 □ 낙상 예방 교육 □ 통증 조절 및 대처법 □ 수술 후 합병증 관리 □ 운동 시 주의사항(체중부하정도 등) □ 기타( )	
4. 소요시간	( )분			
5. 자료제공 여부	○ 제공 ○ 미 제공			
6. 교육내용 이해정도	○ 매우 높음 ○ 높음 ○ 보통 ○ 낮음 ○ 매우 낮음			
7. 기타 기재사항	*(선택기재: Text 입력)*			

Original document of Patient Monitoring Charge

환자관리료 점검보고서

A. 환자 정보

1. 환자 성명		2. 생년월일(7자리)	○○○○○○ ~ ○******	3. 등록 일자	년 월 일
4. 수술일	년 월 일				
5. 수술정보	5-1. 수술부위	○ 좌측 ○ 우측 ○양측			
	5-2. 수술종류				
	○ 관절 치환술		○ 골절 수술		
	○ 고관절(hip) ○ 슬관절(knee) ○ 족관절(ankle)		○ 고관절(hip) ○ 대퇴(femur) ○ 슬관절(knee)	○ 하퇴(tibia, fibula) ○ 족관절(ankle) ○ 기타 ( )	
	5-3. 수술명	*(선택기재: Text 입력)*			
6. 복용약물 (중복 선택 가능)	☐ 해당없음 ☐ 심장약 ☐ 내분비약 ☐ 호흡기약 ☐ 진통제 ☐ 진정제 ☐ 기타( )				
7. 동반 질환 (중복 선택 가능)	☐ 해당없음 ☐ 심혈관계 ☐ 내분비계 ☐ 호흡기계 ☐ 신장질환 ☐ 신경계 ☐ 근골격계 ☐ 기타( )				

B. 1회 차 관리

1. 관리자 정보	⌕ 조회 (1명만 선택 가능)				
	1-1. 직종	1-2. 성명	1-3. 면허번호	1-4. 전문과목	1-5. 자격번호
2. 시행일자	년 월 일				
3. 관리방법	○ 전화 ○ 기타 메신저( ) ※ 메신저 등으로 관리 시 양방향 의사소통이 이루어진 경우에만 산정 가능				
4. 관리제공 대상	○ 환자 ○ 환자 및 보호자(환자와의 관계: ____ ▼)				
5. 보행보조기구 사용여부	○ 독립보행 ○ 지팡이 ○ 목발 ○ 워커 ○ 기타( )				
6. 재활 실시 여부	6-1. 시행여부	○ 지시대로 시행함 ○ 시행하지 않음 (6-5. 문항으로 이동)			
	6-2. 종류	☐ 관절운동 ☐ 근력운동 ☐ 보행운동 ☐기타 ( )			
	6-3. 횟수(1주)	회	6-4. 소요시간(1회)	분	
	6-5. 시행하지 않은 사유	*(사유기재:)*			
7. 통증	7-1. VAS 점수	/ 10점	7-2. 부위	○ 수술부위 ○ 기타부위( )	
	7-3. 빈도	○ 간헐적 ○ 지속적			
8. 환자 관리 목표	*(Text 입력)*				
9. 서비스 제공 내용 (중복 선택 가능)	☐ 관절운동 방법 ☐ 근력운동 방법 ☐ 안전한 보행 방법 ☐ 통증 조절 및 대처법 ☐ 합병증 예방 방법 ☐ 낙상 시 대처법 ☐ 기타( )				
10. 관리내용 이해정도	○ 매우 높음 ○ 높음 ○ 보통 ○ 낮음 ○ 매우 낮음				