

발급번호	유효기간 발급일부터 180일
------	--------------------

<b>방문간호지시서(의사·한의사용)</b>		수급자	성명
			주민등록번호
본인 [ ] 일반(20%) [ ] 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%) [ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의 부담금 [ ] 료급여를 받는 사람(10%) [ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람(면제)		방문 여부	장기요양인정번호
			장기요양등급
			[ ] 환자내원 [ ] 의사방문

질병명

수급자 상태 및 주 호소 내용

필요처치처방	※ 방문간격: 주 회	필요처치검사	
주사·투약 처방		교육, 상담, 의뢰 유의사항 등**	

투여중인 약제의 용량·용법

필요한 방문간호 서비스에 √ 표시	영양관리 [ ] 일반식 [ ] 특별식 _____ [ ] 튜브영양공급 : _____cc/일, 열량 : _____cal/일 [ ] 비위관(鼻胃管, L-tube) [ ] 위삽입관(gastrostomy tube): 튜브사이즈 , 일에 1회 교환
	배뇨관리 [ ] [소변배출관(foley)/방광창념술(cystostomy)/청결간헐적소변배출(clean intermittent catheterization, CIC): 사이즈 , 일에 1회 교환 [ ] 방광세척 [ ] 방광훈련 [ ] 요루(요도셋길)관리 [ ] 인공항문 [ ] 인공방광
	호흡관리 [ ] 산소 ___l/min [ ] 기관지절개관(사이즈 , 일에 1회 교환) [ ] 인공호흡기 [ ] 흡인[① 입과 코(oro & nasal) ② 기관내(intra-tracheal)]
	상처관리 [ ] 외과적 상처 소독(Dressing) (부위 빈도 ___회/주) [ ] 봉합사제거___월___일
	욕창 소독(dressing) (부위 빈도 )
	기타 ( )

위와 같이 지시합니다.

년 월 일

의사성명: (서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명(건강보험요양기관기호): 전화번호:

의료기관 주소: 팩스번호:

※ 발급번호sms 요양기관기호-연도번호-일련번호 순으로 적으시기 바랍니다.  
 예) 00000000-0101-0001

※ 장기요양 5등급 수급자의 경우 건강관리, 가족상담 등의 내용을 작성하여 주시기 바랍니다.