

방문간호지시서(의사·한의사용)

발급번호(요양기관기호 - 연도 - 일련번호)		발급일	유효기간	발급일부터
수급자	성명	생년월일	활동지원등급	
수급자 상태	질병명	방문 여부	[] 환자내원 [] 의사방문	
	수급자 상태 및 주요 호소 내용			
처방 내용	필요한 처치 처방	필요한 처치 검사		
	※ 방문 간격: 주 회			
	주사·투약 처방	교육, 상담, 의뢰, 유의사항 등		
		투여 중인 약제의 용량·용법		
현재 장착·사용 중인 의료기기	영양관리 [] 일반식 [] 특별식() [] 중심정맥영양 [] 튜브영양공급(용량: cc/일, 열량: cal/일)			
	[] 비위관(鼻胃管, L-tube) [] 위 삽입관(Gastrostomy tube) (튜브 사이즈: , 빈도: 일에 1회 교환)			
	배뇨관리 [] 소변배출관(도뇨관)/방광창념술(Cystostomy)/청결간헐적소변배출(CIC) (튜브 사이즈: , 빈도: 일에 1회 교환)			
	[] 방광세척 [] 방광훈련 [] 요도셋길(요루)관리 [] 인공항문 [] 인공방광			
	호흡관리 [] 산소(l/min)			
	[] 기관지 절개관(튜브 사이즈: , 빈도: 일에 1회 교환)			
	[] 인공호흡기 [] 흡인(① 입과 코(oro & nasal) ② 기관내(intra-tracheal))			
	상처관리 [] 외과적 상처 소독(Dressing)(부위: , 빈도: 회/주)			
	[] 봉합사 제거(날짜: 월 일)			
	욕창 소독(Dressing)(부위: , 빈도:)			
그 밖의 사항()				

위와 같이 방문간호를 지시합니다.

년 월 일

의사 성명: (서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명:

의료기관 주소:

전화번호:

팩스번호: