■ 장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙 [별지 제4호서식] <개정 2019. 7. 1.>

방문간호지시서(치과의사용)

발급번호(요양기관기호 - 연도 - 일련번호)		발급일	유효기간 발급일부터
수급자	성명	생년월일	활동지원등급
수급자 상태	질병명	방문 여부 [ ] 환자내원 [ ] 의사방문	
	수급자 상태 및 주요 호소 내용		
검사 처방	[ ] 치면 세균막 검사 [ ] 그 밖의 검사( ) ※ 방문 간격: 주 회	투약 처방	
	투여 중인 약제의 용량·용법		
교육, 상담, 의뢰, 유의사항 등	[ ] 치면 세균막 관리 교육 - 칫솔 사용법, 칫솔·치약 및 보조 구강위생용품 사용 안내 등 [ ] 그 밖의 사항( )		
필요한 처치 처방	[ ] 전문가 치면 세정술 [ ] 치면 세마 [ ] 치주 처치 [ ] 상처·구내염 처치(부위: , 빈도: 회/주) [ ] 수술 후 처치 [ ] 그 밖의 처치( )	[ ] 치간 청결 물리요법 [ ] 불소 도포 [ ] 틀니 관리	

위와 같이 방문간호를 지시합니다.

년 월 일

의사 성명: (서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명:

의료기관 주소: 전화번호: 팩스번호:

210㎜ × 297㎜[일반용지60g/㎡(재활용품)]