

발급번호*	유효기간	발급일로부터 180일
-------	------	-------------

방문간호지시서(의사·한의사용)		수급자	성명
			주민등록번호
			장기요양인정번호
			장기요양등급
본인 일부 부담금	[] 일반(20%)	방문 여부	[] 환자내원 [] 의사방문
	[] 의료급여 수급권자(10%)		
	[] 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%)		
	[] 국민기초생활보장 수급권자(면제)		

질병명

수급자 상태 및 주 호소 내용

필요처치처방	포괄적 재활운동 ※ 방문간격: 주 회	필요처치검사	V/S check
주사·투약 처방		교육, 상담, 의뢰 유의사항 등**	

투여중인 약제의 용량·용법	
----------------	--

현재 장착· 사용 의료 기기 등에 √ 표시	영양관리 [] 일반식 [] 특별식 _____ [] 중심정맥영양
	[] 경관영양 : _____cc/일, 열량 : _____cal/일
	[] L-tube [] Gastrostomy tube(튜브사이즈 , 일에 1회 교환)
	배뇨관리 [] (Foley/Cystostomy/CIC)(사이즈 , 일에 1회 교환)
	[] 방광세척 [] 방광훈련 [] 요루관리 [] 인공항문 [] 인공방광
	호흡관리 [] 산소 ____ℓ/min [] 기관지절개관(사이즈 , 일에 1회 교환)
	[] 인공호흡기 [] 흡인(① oro & nasal ② intra-tracheal)
	상처관리 [] 외과적 상처 Dressing (부위 빈도 ____회/주)
	[] 봉합사제거__월__일
	욕창 Dressing (부위 빈도)
기타 ()	

위와 같이 지시합니다.

의사성명: (서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명(건강보험요양기관기호):

전화번호:

의료기관 주소:

팩스번호:

* 발급번호: 요양기관기호-연도번호-일련번호 순으로 적으시기 바랍니다.
예) 00000000-0101-0001

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