

|        |      |            |
|--------|------|------------|
| ※ 발급번호 | 유효기간 | 발급일부터 180일 |
|--------|------|------------|

|                       |  |        |                                                                                                                                          |
|-----------------------|--|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>방문간호지시서(치과의사용)</b> |  | 수급자    | 성명                                                                                                                                       |
|                       |  |        | 주민등록번호                                                                                                                                   |
|                       |  |        | 장기요양인정번호                                                                                                                                 |
|                       |  | 본인 부담금 | [ ] 일반(20%)<br>[ ] 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%)<br>[ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람(10%)<br>[ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람(면제) |

질병명

수급자 상태 및 주 호소 내용

|      |                                      |      |  |
|------|--------------------------------------|------|--|
| 검사처방 | [ ] 치아표면세균막 검사<br>기타:<br>※ 방문간격: 주 회 | 투약처방 |  |
|------|--------------------------------------|------|--|

|                    |                                                       |
|--------------------|-------------------------------------------------------|
| 교육, 상담, 의뢰, 유의사항 등 | [ ] 치아표면세균막 관리 교육<br>- 칫솔사용법, 칫솔, 치약, 보조구강위생용품<br>기타: |
|--------------------|-------------------------------------------------------|

|                |  |
|----------------|--|
| 투여중인 약제의 용량·용법 |  |
|----------------|--|

|                    |                          |              |
|--------------------|--------------------------|--------------|
| 필요한 방문간호 서비스에 √ 표시 | [ ] 전문가치아표면세정술           | [ ] 치간청결물리요법 |
|                    | [ ] 치아표면치석제거             | [ ] 불소 바르기   |
|                    | [ ] 치주처치                 | [ ] 의치관리     |
|                    | [ ] 상처·구내염처치 (부위 빈도 회/주) |              |
|                    | [ ] 수술 후 처치              |              |
|                    | [ ] 기타 처방:               |              |

위와 같이 지시합니다.

년 월 일

의사성명: (서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명(건강보험요양기관기호): 전화번호:

의료기관 주소: 팩스번호:

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