

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

<b>방문간호지시서(치과의사용)</b>		수급자	성명
			주민등록번호
본인 부담금	<input type="checkbox"/> 일반(20%)	방문 여부	장기요양인정번호
	<input type="checkbox"/> 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%)		장기요양등급
	<input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람(10%)		<input type="checkbox"/> 환자내원
	<input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람(면제)		<input type="checkbox"/> 의사방문

질병명

수급자 상태 및 주 호소 내용

검사처방	<input type="checkbox"/> 치아표면세균막 검사 기타:  ※ 방문간격: 주 회	투약처방	
------	---	------	--

교육, 상담, 의뢰, 유의사항 등	<input type="checkbox"/> 치아표면세균막 관리 교육 - 칫솔사용법, 칫솔, 치약, 보조구강위생용품 기타:
--------------------	--

투여중인 약제의 용량·용법

필요한 방문간호 서비스에 √ 표시	<input type="checkbox"/> 전문가치아표면세정술	<input type="checkbox"/> 치간청결물리요법
	<input type="checkbox"/> 치아표면치석제거	<input type="checkbox"/> 불소 바르기
	<input type="checkbox"/> 치주치치	<input type="checkbox"/> 의치관리
	<input type="checkbox"/> 상처·구내염치치 (부위 빈도 ___회/주)	
	<input type="checkbox"/> 수술 후 처치	
	<input type="checkbox"/> 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