

National Health Insurance Service

[노인장기요양보험]

# 방문간호지시서 작성요령 안내



# 목 차

National Health Insurance Service

01. 방문간호급여 개요

02. 방문간호지시서 작성요령



01

National Health Insurance Service

# 방문간호급여 개요

# 1. 방문간호급여 개요



## ■ 노인장기요양보험 제도

- 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인등에게 신체활동·가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 사회보험제도

## ■ 장기요양급여 종류

### ● 재가급여

- 방문요양
- 주·야간보호
- 방문목욕
- 단기보호
- **방문간호**
- 기타재가급여

### ● 시설급여

- 노인요양시설
- 노인요양공동생활가정

### ● 특별현금급여

- 가족요양비

# 1. 방문간호급여 개요



## ■ 방문간호급여

- 장기요양기관<sup>1)</sup>에 소속된 장기요양요원<sup>2)</sup>인 간호사, 간호조무사 또는 치과위생사가 의사, 한의사 또는 치과의사가 지시하는 방문간호지시서<sup>3)</sup>에 따라 수급자<sup>4)</sup>의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여

1) 장기요양기관 : 시설·인력기준을 갖추고 장기요양수급자에게 장기요양급여를 제공하는 기관

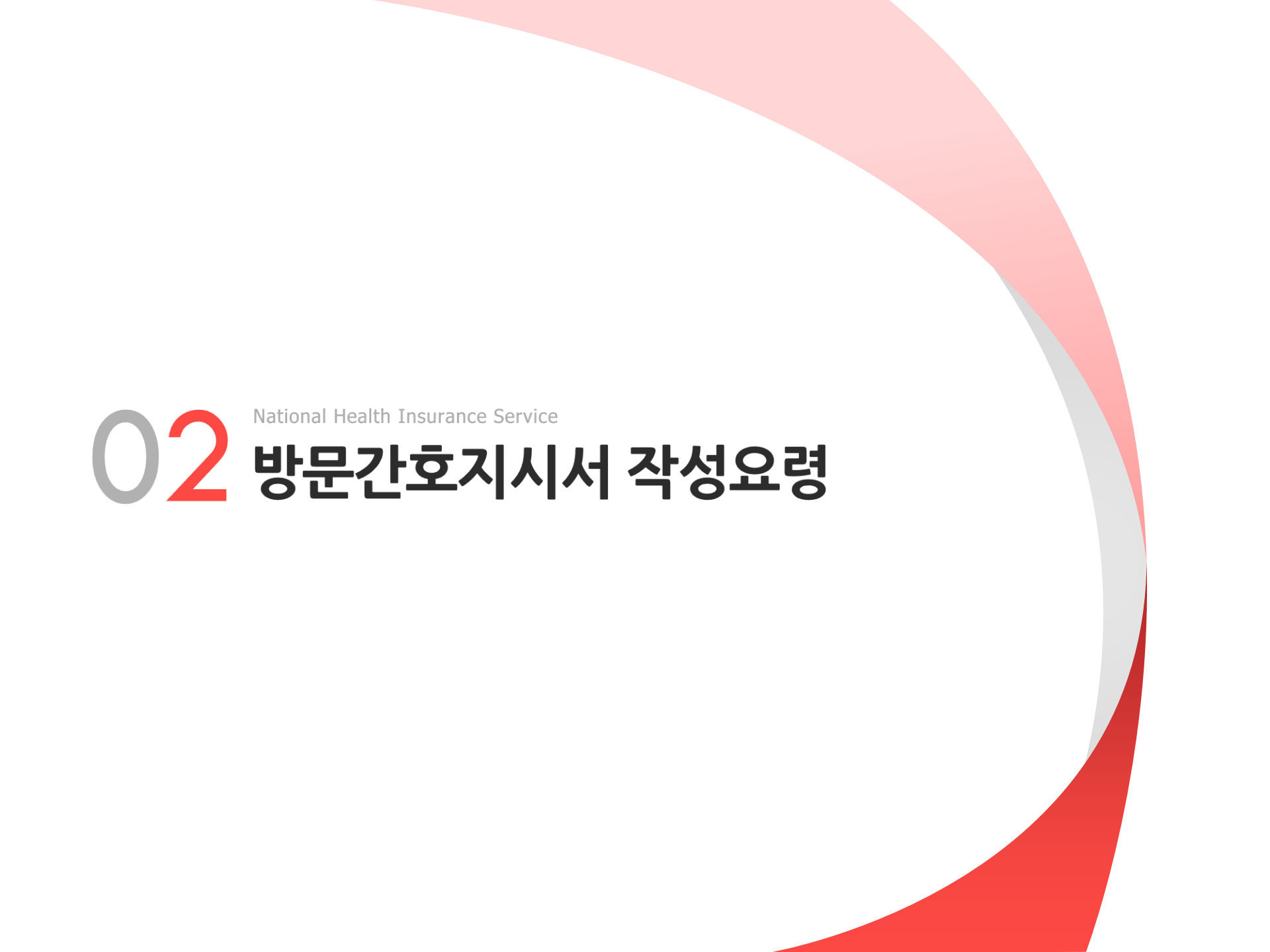
※ 방문간호기관 : 장기요양기관 중 방문간호급여를 제공하는 기관

2) 장기요양요원 : 장기요양기관에 소속되어 노인등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 수행하는 자

※ 방문간호 장기요양요원 : 「노인장기요양보험법 시행령」 제11조에 따른 간호사, 간호조무사, 치과위생사

3) 방문간호지시서 : 장기요양요원(간호사·간호조무사·치과위생사)이 의사·한의사·치과의사의 지시에 따라 방문간호 서비스를 제공할 수 있도록 필요한 지시 내용을 기재하는 서류

4) 장기요양 수급자 : 장기요양 인정조사 및 등급판정을 통해 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 등급판정 위원회에서 판정을 받은 자 (1등급~5등급 및 인지지원등급)



# 02 National Health Insurance Service 방문간호지시서 작성요령

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 발급

#### ● (발급 주체) 의사, 한의사, 치과의사

- 방문간호지시서를 발급하는데 있어 별도의 교육 이수, 전공, 진료과 등의 조건 없음
- 치과의사는 치과의사용 방문간호지시서 양식만 발급 가능

#### ● (발급 대상) 장기요양보험 1등급~5등급 수급자

- 병원 초진 환자라도 의사가 문진 등을 통해 확인한 정보를 바탕으로 방문간호지시서 발급 가능
- 병원 입원 중이거나 시설 입소 중인 환자는 방문간호 이용이 불가하나, 병원 퇴원 후 또는 시설 퇴소 후 방문간호를 이용하려는 경우 방문간호지시서 발급 가능

#### ● (발급 방법) 의사, 한의사 또는 치과의사가 수급자를 직접 진찰 후 발급

※ 유선 또는 비대면으로는 방문간호지시서 발급 불가능

#### ● (방문간호지시서 유효기간) 발급일부터 180일

- 수급자 상태변화가 있는 경우 유효기간 내 재발급 가능, 유효기간 내 단순 재발급의 경우에는 급여비용 산정 불가

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### 방문간호지시서 서식

#### 의사·한의사용 서식

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제29호서식] <개정 2019. 6. 12.>

|                  |                                                                                                                                             |          |                                                             |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------|
| 발급번호             |                                                                                                                                             | 유효기간     | 발급일부터 180일                                                  |
| 방문간호지시서(의사·한의사용) |                                                                                                                                             | 성명       |                                                             |
|                  |                                                                                                                                             | 주민등록번호   |                                                             |
|                  |                                                                                                                                             | 장기요양인정번호 |                                                             |
|                  |                                                                                                                                             | 장기요양등급   |                                                             |
| 본인               | <input type="checkbox"/> 일반(20%)<br><input type="checkbox"/> 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%)<br><input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의 | 수급자      |                                                             |
| 부담금              | <input type="checkbox"/> 요금여를 받는 사람(10%)<br><input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람(면제)                                  | 방문 여부    | <input type="checkbox"/> 환자내원 <input type="checkbox"/> 의사방문 |

질병명

수급자 상태 및 주 호소 내용

|          |             |                         |  |
|----------|-------------|-------------------------|--|
| 필요처치처방   | * 방문간호: 주 회 | 필요처치검사                  |  |
| 주사·투약 처방 |             | 교육, 상담, 의회<br>유 의사향 등** |  |

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 투여중인 약제의 용량·용법 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 영양관리           | <input type="checkbox"/> 일반식 <input type="checkbox"/> 특별식<br><input type="checkbox"/> 튜브영양공급 : ____cc/일, 열량 : ____cal/일<br><input type="checkbox"/> 비위관(鼻胃管, L-tube)<br><input type="checkbox"/> 위삽입관(gastrostomy tube): 튜브사이즈, 일에 1회 교환<br>배뇨관리 <input type="checkbox"/> [소변배출관(foley)/방광창녕술(cystostomy)/청결간헐적소변배출(clean intermittent catheterization, CIC)]: 사이즈, 일에 1회 교환<br><input type="checkbox"/> 방광세척 <input type="checkbox"/> 방광훈련 <input type="checkbox"/> 오후(오도셋)관리 <input type="checkbox"/> 인공항문 <input type="checkbox"/> 인공방광<br>호흡관리 <input type="checkbox"/> 산소 ____l/min <input type="checkbox"/> 기관지절개관(사이즈, 일에 1회 교환)<br><input type="checkbox"/> 인공호흡기 <input type="checkbox"/> 흡인[① 입과 코(oro & nasal) ② 기관내(intra-tracheal)]<br>상처관리 <input type="checkbox"/> 외과적 상처 소독(Dressing) (부위 빈도 ____회/주)<br><input type="checkbox"/> 봉합사제거 ____월 ____일<br>욕창 소독(dressing) (부위 빈도 ____회/주)<br>기타 ( ) |

위와 같이 지시합니다.

년 월 일

의사성명: (서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명(건강보험요양기관기호): 전 화번호:

의료기관 주소: 팩스번호:

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

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

210mm×297mm[복사지 80g/㎡(재활용품)]

#### 작성 예시

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제29호서식] <개정 2019. 6. 12.>

|                         |                                                                                                                                                        |          |                                                                        |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------|
| 발급번호 12345678-2023-0001 |                                                                                                                                                        | 유효기간     | 발급일부터 180일                                                             |
| 방문간호지시서(의사·한의사용)        |                                                                                                                                                        | 성명       | 홍길동                                                                    |
|                         |                                                                                                                                                        | 주민등록번호   | 123456-1234567                                                         |
|                         |                                                                                                                                                        | 장기요양인정번호 | L1234567890                                                            |
|                         |                                                                                                                                                        | 장기요양등급   | 2등급                                                                    |
| 본인                      | <input checked="" type="checkbox"/> 일반(20%)<br><input type="checkbox"/> 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%)<br><input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의 | 수급자      |                                                                        |
| 부담금                     | <input type="checkbox"/> 요금여를 받는 사람(10%)<br><input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람(면제)                                             | 방문 여부    | <input type="checkbox"/> 환자내원 <input checked="" type="checkbox"/> 의사방문 |

질병명 파킨슨, 뇌경색, 당뇨

수급자 상태 및 주 호소 내용 거동 불안 및 와상상태로 F/cath 유지중임

|          |                                  |                        |              |
|----------|----------------------------------|------------------------|--------------|
| 필요처치처방   | 도뇨관 관리 및 욕창 드레싱<br>* 방문간호: 주 2 회 | 필요처치검사                 | 혈당검사         |
| 주사·투약 처방 | 인슐린(피하)                          | 교육, 상담, 의회<br>유의사항 등** | 복약지도, 낙상예방교육 |

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 투여중인 약제의 용량·용법 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 영양관리           | <input checked="" type="checkbox"/> 일반식 <input type="checkbox"/> 특별식<br><input type="checkbox"/> 튜브영양공급 : ____cc/일, 열량 : ____cal/일<br><input type="checkbox"/> 비위관(鼻胃管, L-tube)<br><input type="checkbox"/> 위삽입관(gastrostomy tube): 튜브사이즈, 일에 1회 교환<br>배뇨관리 <input checked="" type="checkbox"/> [소변배출관(foley)/방광창녕술(cystostomy)/청결간헐적소변배출(clean intermittent catheterization, CIC)]: 사이즈 16 Fr, 30 일에 1회 교환<br><input type="checkbox"/> 방광세척 <input type="checkbox"/> 방광훈련 <input type="checkbox"/> 오후(오도셋)관리 <input type="checkbox"/> 인공항문 <input type="checkbox"/> 인공방광<br>호흡관리 <input type="checkbox"/> 산소 ____l/min <input type="checkbox"/> 기관지절개관(사이즈, 일에 1회 교환)<br><input type="checkbox"/> 인공호흡기 <input type="checkbox"/> 흡인[① 입과 코(oro & nasal) ② 기관내(intra-tracheal)]<br>상처관리 <input type="checkbox"/> 외과적 상처 소독(Dressing) (부위 빈도 ____회/주)<br><input type="checkbox"/> 봉합사제거 ____월 ____일<br>욕창 소독(dressing) (부위 꼬리뼈 빈도 2 회/주)<br>기타 (관절 구축 예방 관리) |

위와 같이 지시합니다.

2023 년 1 월 2 일

의사성명: 김건강 김건강

의사면허번호: 12346

의료기관명(건강보험요양기관기호): 건강의힘(12345678) 전 화번호: 02-123-4567

의료기관 주소: 서울특별시 송파구 건강로 12-3 팩스번호: 02-123-4568

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

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

210mm×297mm[복사지 80g/㎡(재활용품)]

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 서식

#### ● 치과의사용 서식

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제30호서식] <개정 2019. 9. 27.>

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                          |                                                                |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ※ 발급번호                                   |                                                                                                                                                                                                                                   | 유효기간                                                                                                                                     | 발급일부터 180일                                                     |
| 방문간호지시서(치과의사용)                           |                                                                                                                                                                                                                                   | 성명                                                                                                                                       |                                                                |
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                   | 주민등록번호                                                                                                                                   |                                                                |
| 본인<br>부담금                                | <input type="checkbox"/> 일반(20%)<br><input type="checkbox"/> 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%)<br><input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람(10%)<br><input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람(연제)      | 장기요양인정번호                                                                                                                                 |                                                                |
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                   | 장기요양등급                                                                                                                                   |                                                                |
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                   | 방문 여부                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 환자내원<br><input type="checkbox"/> 의사방문 |
| 질병명                                      |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                          |                                                                |
| 수급자 상태 및 주 호소 내용                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                          |                                                                |
| 검사처방                                     | <input type="checkbox"/> 치아표면세균막 검사<br>기타:                                                                                                                                                                                        | 투약처방                                                                                                                                     |                                                                |
| ※ 방문간격: 주 회<br>교육, 상담, 의뢰, 유의사항 등<br>기타: |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                          |                                                                |
| 투여중인 약제의 용량·용법                           |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                          |                                                                |
| 필요한 방문간호 서비스에<br>√ 표시                    | <input type="checkbox"/> 전문가치아표면세정술<br><input type="checkbox"/> 치아표면치석제거<br><input type="checkbox"/> 치주치치<br><input type="checkbox"/> 상처·구내염치치 (부위 빈도 회/주)<br><input type="checkbox"/> 수술 후 처치<br><input type="checkbox"/> 기타 처방: | <input type="checkbox"/> 치간청결물리요법<br><input type="checkbox"/> 불소 바르기<br><input type="checkbox"/> 의치관리<br><input type="checkbox"/> 빈도 회/주 |                                                                |

위와 같이 지시합니다.

년 월 일

의사성명: (서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명(건강보험요양기관명): 전화번호:

의료기관 주소: 팩스번호:

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

210mm×297mm(박상지 80g/㎡)

#### ● 작성 예시

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제30호서식] <개정 2019. 9. 27.>

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                |                                                                           |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ※ 발급번호 12345678-2023-0001                               |                                                                                                                                                                                                                                         | 유효기간                                                                                                                                                           | 발급일부터 180일                                                                |
| 방문간호지시서(치과의사용)                                          |                                                                                                                                                                                                                                         | 성명 홍길동                                                                                                                                                         |                                                                           |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         | 주민등록번호 123456-1234567                                                                                                                                          |                                                                           |
| 본인<br>부담금                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 일반(20%)<br><input type="checkbox"/> 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%)<br><input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람(10%)<br><input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람(연제) | 장기요양인정번호 L1234567890                                                                                                                                           |                                                                           |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         | 장기요양등급 2등급                                                                                                                                                     |                                                                           |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         | 방문 여부                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 환자내원<br><input checked="" type="checkbox"/> 의사방문 |
| 질병명 치경부 마모, 치은 퇴축                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                |                                                                           |
| 수급자 상태 및 주 호소 내용 부분틀니착용, 치은 퇴축 및 골소실로 인해 치근 노출 있음.      |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                |                                                                           |
| 검사처방                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 치아표면세균막 검사<br>기타:                                                                                                                                                                                   | 투약처방                                                                                                                                                           |                                                                           |
| ※ 방문간격: 주 1 회<br>교육, 상담, 의뢰, 유의사항 등<br>기타: 올바른 의치 세척 방법 |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                |                                                                           |
| 투여중인 약제의 용량·용법                                          |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                |                                                                           |
| 필요한 방문간호 서비스에<br>√ 표시                                   | <input type="checkbox"/> 전문가치아표면세정술<br><input type="checkbox"/> 치아표면치석제거<br><input type="checkbox"/> 치주치치<br><input type="checkbox"/> 상처·구내염치치 (부위 빈도 회/주)<br><input type="checkbox"/> 수술 후 처치<br><input type="checkbox"/> 기타 처방:       | <input checked="" type="checkbox"/> 치간청결물리요법<br><input type="checkbox"/> 불소 바르기<br><input checked="" type="checkbox"/> 의치관리<br><input type="checkbox"/> 빈도 회/주 |                                                                           |

위와 같이 지시합니다.

2023 년 1 월 2 일

의사성명: 김건강 김건강

의사면허번호: 12345

의료기관명(건강보험요양기관명): 이건강치과의원(12345678) 전화번호: 02-123-4567

의료기관 주소: 서울특별시 송파구 강남로 12-3 팩스번호: 02-123-4568

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

210mm×297mm(박상지 80g/㎡)

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(공통사항)

#### 〈상단〉

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제29호서식] <개정 2019. 6. 12.>

|                                    |                                                                              |         |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------|
| ① 발급번호                             |                                                                              | 유효기간    | 발급일부터 180일                         |
| 방문간호지시서(의사·한의사용)<br>방문간호지시서(치과의사용) |                                                                              | ② 수급자   | 성명<br>주민등록번호<br>장기요양인정번호<br>장기요양등급 |
| ③ 본인                               | [ ] 일반(20%)<br>[ ] 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%)<br>[ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의 | ④ 방문 여부 | [ ] 환자내원 [ ] 의사방문                  |
| 부담금                                | 료급여를 받는 사람(10%)<br>「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람(면제)                     |         |                                    |
| ⑤ 질병명                              |                                                                              |         |                                    |
| ⑥ 수급자 상태 및 주 호소 내용                 |                                                                              |         |                                    |

#### ① 발급번호

– 요양기관기호-연도번호-일련번호 순으로 적습니다.

예) 12345678-2023-0001

12345678-2023-0002

#### ② 수급자

– 수급자의 인적사항을 적습니다.

- 장기요양인정번호, 장기요양등급은 수급자의 장기요양인정서를 확인하거나 수급자(또는 보호자)에게 확인하여 적습니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(공통사항)

#### 〈상단〉

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제29호서식] <개정 2019. 6. 12.>

|                                                                                                                                                                    |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ① 발급번호                                                                                                                                                             | 유효기간<br>발급일부터 180일                          |
| <b>방문간호지시서(의사·한의사용)</b><br><b>방문간호지시서(치과의사용)</b>                                                                                                                   | ② 수급자<br>성명<br>주민등록번호<br>장기요양인정번호<br>장기요양등급 |
| ③ 본인<br>[ ] 일반(20%)<br>[ ] 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%)<br>[ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의<br>부담금<br>[ ] 요급여를 받는 사람(10%)<br>[ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를<br>받는 사람(면제) | ④ 방문<br>여부<br>[ ] 환자내원 [ ] 의사방문             |
| ⑤ 질병명                                                                                                                                                              |                                             |
| ⑥ 수급자 상태 및 주 호소 내용                                                                                                                                                 |                                             |

#### ③ 본인부담금

– 수급자의 해당 본인부담금 비율에 √ 표시를 합니다.

##### · 수급자 자격 확인 방법 :

요양기관정보마당(<http://medicare.nhis.or.kr>)

→ 법인 공인인증서 로그인 → [노인장기]

→ [노인장기요양보험(방문간호)]

→ [장기요양 대상자 조회]

→ 수급자 성명 + 장기요양인정번호로 조회

#### ④ 방문여부

– 수급자의 방문여부에 √ 표시를 합니다.

· 환자내원 : 수급자가 병원(한의원·치과 포함) 내원

· 의사방문 : 의사(한 의사·치과의사 포함)가 수급자가 있는 장소로 방문

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(공통사항)

#### 〈상단〉

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제29호서식] <개정 2019. 6. 12.>

|                                                                                                                                                                    |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ① 발급번호                                                                                                                                                             | 유효기간<br>발급일부터 180일                          |
| <b>방문간호지시서(의사·한의사용)</b><br><b>방문간호지시서(치과의사용)</b>                                                                                                                   | ② 수급자<br>성명<br>주민등록번호<br>장기요양인정번호<br>장기요양등급 |
| ③ 본인<br>[ ] 일반(20%)<br>[ ] 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%)<br>[ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의<br>부담금<br>[ ] 료급여를 받는 사람(10%)<br>[ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를<br>받는 사람(면제) | ④ 방문<br>여부<br>[ ] 환자내원 [ ] 의사방문             |
| ⑤ 질병명                                                                                                                                                              |                                             |
| ⑥ 수급자 상태 및 주 호소 내용                                                                                                                                                 |                                             |

#### ⑤ 질병명

– 수급자의 질병명, 기저질환명을 적습니다.

#### ⑥ 수급자 상태 및 주 호소 내용

– 수급자의 상태, 주로 호소하는 내용을 적습니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(공통사항)

#### 〈하단〉

위와 같이 지시합니다.

|   |                    |       |       |
|---|--------------------|-------|-------|
| ⑧ | 의사성명: (서명 또는 인)    | ⑦     | 년 월 일 |
|   | 의사면허번호:            |       |       |
| ⑨ | 의료기관명(건강보험요양기관기호): | 전화번호: |       |
|   | 의료기관 주소:           | 팩스번호: |       |

#### ⑦ 발급일

– 방문간호지시서를 발급한 일자를 적습니다.

#### ⑧ 발급인 정보 및 서명

– 방문간호지시서를 발급한 의사(한 의사·치과의사 포함)의 성명과 의사면허번호를 적고 서명합니다.

#### ⑨ 의료기관 정보 및 직인

– 방문간호지시서를 발급한 의료기관의 기관명(괄호 안에는 건강보험요양기관기호)을 적고 기관 직인을 찍습니다.  
– 의료기관의 주소와 전화번호, 팩스번호를 적습니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(의사·한의사용)

|                                  |                                                                                                                                               |          |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ⑩ 필요처치처방                         | ※ 방문간격: 주 회                                                                                                                                   | ⑪ 필요처치검사 |
| ⑫ 주사·투약 처방                       | ⑬ 교육, 상담, 의의<br>유의사항 등**                                                                                                                      |          |
| ⑭ 투여중인 약제의 용량·용법                 |                                                                                                                                               |          |
| ⑮<br>필요한<br>방문간호<br>서비스에<br>√ 표시 | 영양관리 [ ] 일반식 [ ] 특별식 _____<br>[ ] 튜브영양공급 : _____cc/일, 열량 : _____cal/일<br>[ ] 비위관(鼻胃管, L-tube)<br>[ ] 위삽입관(gastrostomy tube): 튜브사이즈 , 일애 1회 교환 |          |
|                                  | 배뇨관리 [ ] [소변배출관(foley)/방광창녕술(cystostomy)/청결간헐적소변배출(clean intermittent catheterization, CIC): 사이즈 , 일애 1회 교환                                   |          |
|                                  | [ ] 방광세척 [ ] 방광훈련 [ ] 요루(요도셋길)관리 [ ] 인공항문 [ ] 인공방광                                                                                            |          |
|                                  | 호흡관리 [ ] 산소 _____l/min [ ] 기관지절개관(사이즈 , 일애 1회 교환)                                                                                             |          |
|                                  | [ ] 인공호흡기 [ ] 흡인[① 입과 코(oro & nasal) ② 기관내(intra-tracheal)]                                                                                   |          |
|                                  | 상처관리 [ ] 외과적 상처 소독(Dressing) (부위 빈도 _____회/주)                                                                                                 |          |
|                                  | [ ] 봉합사제거 _____월 _____일                                                                                                                       |          |
|                                  | 욕창 소독(dressing) (부위 빈도 _____회/주)                                                                                                              |          |
|                                  | 기타 ( )                                                                                                                                        |          |

#### ⑩ 필요처치처방

- 수급자에게 필요한 처치처방 내용을 적습니다.
- 방문간격에는 수급자에게 방문간호가 제공될 주기를 적습니다.  
예) 관절구축 예방, 통증관리, 주 1회

#### ⑪ 필요처치검사

- 수급자에게 필요한 처치검사 내용을 적습니다.  
예) 채혈 검사, 혈압·혈당 체크 등

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(의사·한의사용)

|                  |                       |          |
|------------------|-----------------------|----------|
| ⑩ 필요처치처방         | ※ 방문간격: 주 회           | ⑪ 필요처치검사 |
| ⑫ 주사·투약 처방       | ⑬ 교육, 상담, 의뢰 유의사항 등** |          |
| ⑭ 투여중인 약제의 용량·용법 |                       |          |

⑮ 필요한 방문간호 서비스에 √ 표시

영양관리 [ ] 일반식 [ ] 특별식 \_\_\_\_\_  
 [ ] 튜브영양공급 : \_\_\_\_\_cc/일, 열량 : \_\_\_\_\_cal/일  
 [ ] 비위관(鼻胃管, L-tube)  
 [ ] 위삽입관(gastrostomy tube): 튜브사이즈 , 일애 1회 교환  
 배뇨관리 [ ] [소변배출관(foley)/방광창녕술(cystostomy)/청결간헐적소변배출(clean intermittent catheterization, CIC): 사이즈 , 일애 1회 교환  
 [ ] 방광세척 [ ] 방광훈련 [ ] 요루(요도셋길)관리 [ ] 인공항문 [ ] 인공방광  
 호흡관리 [ ] 산소 \_\_\_\_\_ℓ/min [ ] 기관지절개관(사이즈 , 일애 1회 교환)  
 [ ] 인공호흡기 [ ] 흡인[① 입과 코(oro & nasal) ② 기관내(intra-tracheal)]  
 상처관리 [ ] 외과적 상처 소독(Dressing) (부위 빈도 \_\_\_\_\_회/주)  
 [ ] 봉합사제거 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일  
 욕창 소독(dressing) (부위 빈도 \_\_\_\_\_회/주)  
 기타 ( )

#### ⑫ 주사·투약 처방

– 수급자에게 필요한 주사·투약 처방 내용을 적습니다.

#### ⑬ 교육, 상담, 의뢰 유의사항 등

– 수급자에게 필요한 교육, 상담내용 및 의뢰 유의사항을 적습니다.

예) 관절 구축 예방 및 관리 교육, 낙상 예방 교육, 복약지도 등

– 장기요양 5등급 수급자의 경우 신체기능이 대체로 양호하므로 건강관리, 가족상담 등의 내용을 작성하여 주시기 바랍니다.

#### ⑭ 투여중인 약제의 용량·용법

– 수급자가 투여중인 약제의 용량과 용법을 적습니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(의사·한의사용)

|                  |             |                          |
|------------------|-------------|--------------------------|
| ⑩ 필요처치처방         | ※ 방문간격: 주 회 | ⑪ 필요처치검사                 |
| ⑫ 주사·투약 처방       |             | ⑬ 교육, 상담, 의뢰<br>유의사항 등** |
| ⑭ 투여중인 약제의 용량·용법 |             |                          |

⑮ 필요한 방문간호 서비스에 √ 표시

영양관리 [ ] 일반식 [ ] 특별식 \_\_\_\_\_  
 [ ] 튜브영양공급 : \_\_\_\_\_cc/일, 열량 : \_\_\_\_\_cal/일  
 [ ] 비위관(鼻胃管, L-tube)  
 [ ] 위삽입관(gastrostomy tube): 튜브사이즈 , 일애 1회 교환  
 배뇨관리 [ ] [소변배출관(foley)/방광창녕술(cystostomy)/청결간헐적소변배출(clean intermittent catheterization, CIC): 사이즈 , 일애 1회 교환  
 [ ] 방광세척 [ ] 방광훈련 [ ] 요루(요도셋길)관리 [ ] 인공항문 [ ] 인공방광  
 호흡관리 [ ] 산소 \_\_\_\_\_ℓ/min [ ] 기관지절개관(사이즈 , 일애 1회 교환)  
 [ ] 인공호흡기 [ ] 흡인[① 입과 코(oro & nasal) ② 기관내(intra-tracheal)]  
 상처관리 [ ] 외과적 상처 소독(Dressing) (부위 빈도 \_\_\_\_\_회/주)  
 [ ] 봉합사제거\_\_\_\_\_월\_\_\_\_\_일  
 욕창 소독(dressing) (부위 빈도 \_\_\_\_\_회/주)  
 기타 ( )

### ⑮ 필요한 방문간호 서비스에 √ 표시

- 수급자에게 필요한 방문간호 서비스의 [ ] 부분에 √ 표시를 합니다.
- 빈칸이나 밑줄로 되어있는 부분은 각 항목에 맞게 용량, 종류, 횟수 등을 적습니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(의사·한의사용)

#### 〈영양관리〉

영양관리 ☐ 일반식 ☐ 특별식 \_\_\_\_\_  
☐ 튜브영양공급 : \_\_\_\_\_cc/일, 열량 : \_\_\_\_\_cal/일  
☐ 비위관(鼻胃管, L-tube)  
☐ 위삽입관(gastrostomy tube): 튜브사이즈 \_\_\_\_\_, 일에 1회 교환

#### ☐ 일반식

- 영양실조, 탈수, 영양불균형 등의 가능성이 있어 연령, 성별, 체격 등에 맞는 일반식으로의 영양관리가 필요한 수급자에 √ 표시를 합니다.

#### ☐ 튜브영양공급

- 입으로 음식 섭취가 어려워 튜브를 통해 영양물을 제공하고 있거나 튜브관리 및 위생관리가 필요한 수급자에 √ 표시를 하고, 밑줄에 일일 섭취 용량과 열량을 적습니다.

#### ☐ 특별식

- 질병이나 치료에 직접적인 기능을 하는 특별치료식(당뇨병식, 신장병식, 간장병식 등), 검사식(잠혈식, 건조식 등), 실험식(Ca, P, 저칼슘식 등) 등 특별식 처방을 받았거나 관리가 필요한 수급자에 √ 표시를 하고, 밑줄에 특별식 종류를 적습니다.

#### ☐ 비위관 / 위삽입관

- 비위관, 위삽입관을 삽입 중으로 위생관리 및 영양관리 등이 필요한 수급자에 √ 표시를 하고, 빈칸에 튜브사이즈와 교환주기를 적습니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(의사·한의사용)

#### 〈배뇨관리〉

배뇨관리 ☐ [ ] [소변배출관(foley)/방광창념술(cystostomy)/청결간헐적소변배출(clean intermittent catheterization, CIC)]: 사이즈 , 일애 1회 교환  
☐ 방광세척 ☐ 방광훈련 ☐ 요루(요도셋길)관리 ☐ 인공항문 ☐ 인공방광

#### ☐ 소변배출관/방광창념술/청결간헐적소변배출

- 소변배출관 삽입 또는 방광창념술을 시행하여 도뇨관 관리가 필요하거나 청결간헐적소변배출 시행 및 관리 등이 필요한 수급자에 √ 표시를 합니다.
- 빈칸에는 도뇨관 사이즈와 교환 주기를 적습니다.

#### ☐ 방광세척

- 방광 내의 침전물을 씻어 요정체를 해결하거나 도뇨관의 개방성 유지 등을 위해 방광세척이 필요한 수급자에 √ 표시를 합니다.

#### ☐ 방광훈련

- 과민성 방광, 전립선 비대증, 요실금 등으로 방광훈련이 필요한 수급자에 √ 표시를 합니다.

#### ☐ 요루관리, 인공항문, 인공방광

- 요루, 인공항문, 인공방광을 시행 중으로 위생관리, 간호관리 등이 필요한 수급자에 √ 표시를 합니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(의사·한의사용)

#### 〈호흡관리〉

호흡관리 ☐ 산소 \_\_\_ l/min ☐ 기관지절개관(사이즈 , 일에 1회 교환)  
☐ 인공호흡기 ☐ 흡인[① 입과 코(oro & nasal) ② 기관내(intra-tracheal)]

#### ☐ 산소

- 산소요법 시행 중으로 산소포화도 등 관리가 필요한 수급자에 √ 표시를 하고, 빈칸에는 공급되는 산소 용량을 적습니다.

#### ☐ 인공호흡기

- 인공호흡기를 착용 중으로 호흡량, 산소포화도 체크, 인공호흡장치 관리 등이 필요한 수급자에 √ 표시를 합니다.

#### ☐ 기관지절개관

- 기관지절개관을 삽입 중으로 캐뉼러 교환, 흡인 및 피부관리 등이 필요한 수급자에 √ 표시를 하고, 빈칸에 절개관 사이즈와 교환 주기를 적습니다.

#### ☐ 흡인

- 연하장애, 기관지 삽관 등으로 기도 유지를 위해 흡인이 필요한 수급자에 √ 표시를 하고, 흡인 부위(①, ②)에 √ 표시를 합니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(의사·한의사용)

#### 〈상처관리, 욕창 소독, 기타〉

상처관리 ☐ 외과적 상처 소독(Dressing) (부위      빈도 \_\_\_\_회/주)  
☐ 봉합사제거 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일  
욕창 소독(dressing) (부위      빈도      )  
기타 (      )

#### ☐ 외과적 상처 소독

- 외과적 상처 보호 등을 위해 소독 및 상처간호 등이 필요한 수급자에 √ 표시를 하고 빈칸에 부위를, 밑줄에 빈도를 적습니다.

#### ☐ 욕창 소독

- 욕창이 있어 욕창 단계에 따른 소독 및 관리가 필요한 수급자는 빈칸에 부위와 빈도를 적습니다.

#### ☐ 봉합사제거

- 피부 봉합 이후 봉합사제거가 필요한 수급자에 √ 표시를 하고, 밑줄에 봉합사제거 시기를 적습니다.

#### ☐ 기타

- 상단에 적지 않았지만 필요한 기타 방문간호서비스가 있다면 괄호 안에 추가로 적습니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(치과의사용)

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| ①⑥ 검사처방                     | <input type="checkbox"/> 치아표면세균막 검사<br>기타:<br>※ 방문간격: 주 회                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ①⑦ 투약처방 |  |
| ①⑧ 교육, 상담, 의뢰, 유의사항 등       | <input type="checkbox"/> 치아표면세균막 관리 교육<br>- 칫솔사용법, 칫솔, 치약, 보조구강위생용품<br>기타:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |  |
| ①⑨ 투여중인 약제의 용량·용법           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |  |
| 필요한<br>방문간호<br>서비스에<br>√ 표시 | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 전문가치아표면세정술<br/> <input type="checkbox"/> 치아표면치석제거<br/> <input type="checkbox"/> 치주치치<br/> <input type="checkbox"/> 상처·구내염치치 (부위<br/> <input type="checkbox"/> 수술 후 치치<br/> <input type="checkbox"/> 기타 처방:         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 치간청결물리요법<br/> <input type="checkbox"/> 불소 바르기<br/> <input type="checkbox"/> 의치관리<br/>         빈도 회/주 )         </div> </div> |         |  |

#### ①⑥ 검사처방

- 수급자에게 필요한 검사처방 ☐ 부분에 √ 표시를 하고 기타란에 추가 내용을 적습니다.
- 방문간격에는 수급자에게 방문간호가 제공될 주기를 적습니다.  
예) 주 1회

#### ①⑦ 투약처방

- 수급자에게 필요한 투약처방 내용을 적습니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(치과의사용)

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ①⑥ 검사처방                     | <input type="checkbox"/> 치아표면세균막 검사<br>기타:                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ①⑦ 투약처방 |
| 후 방문간격: 주 회                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |
| ①⑧ 교육, 상담, 의뢰, 유의사항 등       | <input type="checkbox"/> 치아표면세균막 관리 교육<br>- 칫솔사용법, 칫솔, 치약, 보조구강위생용품<br>기타:                                                                                                                                                                                                                                                                |         |
| ①⑨ 투여중인 약제의 용량·용법           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |
| 필요한<br>방문간호<br>서비스에<br>√ 표시 | <input type="checkbox"/> 전문가치아표면세정술 <input type="checkbox"/> 치간청결물리요법<br><input type="checkbox"/> 치아표면치석제거 <input type="checkbox"/> 불소 바르기<br><input type="checkbox"/> 치주치치 <input type="checkbox"/> 의치관리<br><input type="checkbox"/> 상처·구내염치치 (부위      빈도 ___회/주)<br><input type="checkbox"/> 수술 후 처치<br><input type="checkbox"/> 기타 처방: |         |

#### ①⑧ 교육, 상담, 의뢰 유의사항 등

– 수급자에게 필요한 교육, 상담내용 및 의뢰 유의사항  
☐ 부분에 √ 표시를 하고 기타란에 추가 내용을 적습니다.

예) 의치관리 교육, 치간칫솔사용법 교육 등

#### ①⑨ 투여중인 약제의 용량·용법

– 수급자가 투여중인 약제의 용량과 용법을 적습니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(치과의사용)

|    |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                       |         |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------|
| ①⑥ | 검사처방                                                                                                                                                                                                                               | [ ] 치아표면세균막 검사<br>기타:                                 | ①⑦ 투약처방 |
|    |                                                                                                                                                                                                                                    | 후 방문간격: 주 회                                           |         |
| ①⑧ | 교육, 상담, 의뢰, 유의사항 등                                                                                                                                                                                                                 | [ ] 치아표면세균막 관리 교육<br>- 칫솔사용법, 칫솔, 치약, 보조구강위생용품<br>기타: |         |
| ①⑨ | 투여중인 약제의 용량·용법                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |         |
| ②⑩ | <div> <div>필요한<br/>방문간호<br/>서비스에<br/>√ 표시</div> <div> [ ] 전문가치아표면세정술<br/>[ ] 치아표면치석제거<br/>[ ] 치주치치<br/>[ ] 상처·구내염치치 (부위 빈도 회/주)<br/>[ ] 수술 후 치치<br/>[ ] 기타 처방: </div> <div> [ ] 치간청결물리요법<br/>[ ] 불소 바르기<br/>[ ] 의치관리 </div> </div> |                                                       |         |

### ②⑩ 필요한 방문간호 서비스에 √ 표시

- 수급자에게 필요한 방문간호 서비스의 [ ] 부분에 √ 표시를 합니다.
- 빈칸이나 밑줄로 되어있는 부분은 각 항목에 맞게 부위, 횟수를 적습니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(치과의사용)

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

#### ☐ 전문가치아표면세정술

- 치면세균막 및 세균성 이물질 제거, 전문구강건강관리 등을 위해 전문가치아표면세정술이 필요한 수급자는 √ 표시를 합니다.

#### ☐ 치아표면치석제거

- 치아, 임플란트, 틀니에 부착된 침착물을 물리적으로 제거하기 위해 치아표면치석제거가 필요한 수급자는 √ 표시를 합니다.

#### ☐ 치간청결물리요법

- 병원균 관리, 치아 인접면의 플라그 제거, 치간 사이의 누적된 치면세균막 제거 등을 위해 치간청결물리요법이 필요한 수급자는 √ 표시를 합니다.

#### ☐ 불소 바르기

- 치아를 단단하게 만들어 충치를 예방하기 위해 불소 도포가 필요한 수급자는 √ 표시를 합니다.

## 2. 방문간호지시서 작성요령



### ■ 방문간호지시서 작성요령(치과의사용)

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

#### ☐ 치주치치

– 치주질환 처치, 치주수술 후 소독, 봉합사 제거 등의 후처치가 필요한 수급자는 √ 표시를 합니다.

#### ☐ 의치관리

– 의치 착용 중으로 잔존치아 관리, 의치 세정 관리 등이 필요한 수급자는 √ 표시를 합니다.

#### ☐ 상처·구내염 처치

– 구강내 상처, 구내염으로 인해 약물관리 및 위생관리 등이 필요한 수급자는 √ 표시를 합니다.

#### ☐ 수술 후 처치

– 구강내 소수술 또는 발치술 후 소독 등의 후처치가 필요한 수급자는 √ 표시를 합니다.

☐ 기타 처방: 상단에 적거나 표시하지 않았지만 필요한 기타 처방이 있다면 빈칸에 추가로 적습니다.

# 감사합니다

