

의료급여 기침유발기 처방전

[] 재발급			
보장기관명(기호)			
진료받은 사 람	성 명	주민(외국인)등록번호	
	전화번호	이동전화번호	
	주 소		
진료과목		진단확인일	
상병명		상병코드	
환자상태 및 진료소견 (해당 사항에 √ 표시 및 기재)	1. [] 인공호흡기 사용자(의료급여 수급자) 2. [] 기침유발기 요양비 지급대상 상병(별표4의2제1호 및 제2호)에 해당 ※ 뇌간뇌졸중 증후군(G46.3) 및 중추성 수면무호흡(G47.31) 제외 3. 호흡기 질환 병력 [] 없음 [] 있음() ※ 폐기종, 기흉, 압력외상 등 호흡기 질환 병력이 있거나 있었던 환자는 개인사용에 주의를 요하므로 반드시 의사의 진단을 받은 후에 사용하여야 합니다. 4. 호흡기능검사 [] 최고호기유량측정 결과 최대기침유량이 250 L/min 이하(L/min) [] 아래 사유로 최고호기유량측정이 불가능한 경우 의사소견서로 대체 (해당사항에 <input checked="" type="checkbox"/> 표시) <input type="checkbox"/> 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기 이탈 불가 <input type="checkbox"/> 만 6세 이하의 소아 <input type="checkbox"/> 의식 저하 <input type="checkbox"/> 인지기능 저하 <input type="checkbox"/> 기관절개 5. 기본 사용법 및 주의사항 교육(최초 처방 시에는 반드시 실시) [] 환자 및 보호자에게 기침유발기의 기본 사용법 및 주의사항 교육을 충분히 하였음		
처방 구분	<input type="checkbox"/> 최초 처방 <input type="checkbox"/> 재처방(2차 이상)		
처방 기간	(개월)	다음 처방일	
처방전 사용기간	교부일로부터 () 일간 ※ 사용기간 내에 대여·제출하여야 합니다.		
	의료급여기관명(기호) :	() (의료급여기관 직인)	년 월 일
	담당의사성명(면허번호) :	(제) 호	
	전문과목(전문의 자격번호)	(제) 호	(서명 또는 인)

유 의 사 항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 좌측 상단 “재발급” 에 [✓] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 진료소견 작성 시 해당기준에 모두 체크하여야 합니다.
4. 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 인공호흡기를 이탈할 수 없는 경우, 만 6세 이하의 소아, 의식 저하, 인지기능 저하 또는 기관절개로 최고호기유량측정을 할 수 없는 사람의 경우에는 환자상태를 상세히 기재한 의사소견서를 반드시 첨부하여야 합니다.
5. 최초 처방전 발행 전에 반드시 환자 및 보호자에게 기침유발기의 기본 사용법 및 주의사항 교육을 충분히 실시하여야 합니다.
6. 처방전은 반드시 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과 전문의가 발행하여야 합니다. 소아의 경우 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다.
7. 주민등록번호 등 란에는 주민등록번호를 적습니다. 다만, 수진자가 외국인인 경우에는 외국인등록번호를 적습니다.
8. 호흡기 질환 병력이 있는 경우 괄호 안에 질환명을 기재합니다.
9. 호흡기능검사서에서 최고호기유량을 측정된 최대기침유량 결과를 기재합니다.
10. 처방기간은 최초 처방시 6개월의 범위에서, 재처방부터는 2년의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다.
11. 기침유발기 서비스 제공업소 현황, 기침유발기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 사이버민원센터에서 확인할 수 있습니다.