

당뇨병환자 소모성재료 처방전(연속혈당측정용 전극용)

- ※ 요양기관에 입원하여 요양급여와 요양비를 중복하여 급여를 받거나 국외 체류기간 중 구입한 경우 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.
- ※ 건강보험 당뇨병환자 등록 여부를 확인하시기 바라며, 최초 발행시 당뇨병환자 등록 신청서와 동시에 발행할 수 있습니다.
- ※ 그 밖의 유의사항 및 작성방법은 뒤쪽을 참고하여 주시기 바랍니다. (알 쪽)

① [] 재발급

② 수진자	건강보험증번호		주민(외국인)등록번호 제1형당뇨병 환자 주민등록번호		
	성명 제1형당뇨병 환자명		전화번호 (자택) (휴대전화)		
진료과목	소아청소년과, 내과, 가정의학과	상병명	필수입력	상병코드	1형당뇨 E10.xx(xx세부코드)

처방전 확인사항

구분	③ 확인사항	
제1형 당뇨병	<input type="checkbox"/> 연속혈당측정 시작일 (필수입력) ~ 종료일 (필수입력), 기간 동안 착용일수 ()일 또는 착용비를 (필수입력)% <input type="checkbox"/> 당 평균값 (필수입력) mg/dl <input type="checkbox"/> 변동계수 (필수입력)% 혹은 표준편차 (필수입력) mg/dl <input type="checkbox"/> 당화혈색소 검사내역 : 시행일 (필수입력), 검사수치 (필수입력)%	* 첫 처방 시 생략 가능 *

처방 및 지시사항

④ 총 처방기간	(100일) 일 30일(생애첫처방시)	* 총 처방기간은 100일(최초처방은 30일) 이내로 처방이 가능합니다.
처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	* 사용기간 내에 구입·제출하여야 합니다.

필수입력 년 필수 월 필수 일

요양기관명(기호) : **필수입력** (**필수입력**) (요양기관 직인 **필수입력**)
 담당의사 성명(면허번호) : **필수입력** (제 **필수입력** 호) **필수입력**
 전문과목(전문의 자격번호) : **필수입력** (제 **필수입력** 호) (서명 또는 인)

[연속혈당측정용 센서처방전 발급시 유의사항]

제1형당뇨병환자는 센서처방전을 발급 후 구매해 주셔야 건강보험공단 '요양비 급여지원'을 청구할 수 있습니다.
 총 처방기간 100일을 받고 센서를 구매하는 경우,
 다음 처방전을 받고 다음 센서 구매 가능일은 이전 구매일 100일 후 입니다.

Dexcom G7

