

배정된 공중 보건 간호 사례 관리자: _____ 전화: _____

최초 DOT 방문자: _____ (이름) _____

첫 번째 DOT 예약: _____
날짜 _____ 시간 _____ 장소 _____

DOT 직원은 다음과 같습니다: _____ (이름) 보건부 직원 기타 _____

DOT는 다음 장소에서 실행됩니다: _____ (주소) 집 학교 근무지 기타

(처음 방문시 DOT 직원과 환자가 정하는 일정. 환자는 DOT 지침이 포함된 DOT 계약에 서명합니다.)

연락 조사의 1차 책임자: 사례 관리자 기타 _____

처방 준수에 방해가 되는 식별 장애물에 대해 제안된 중재: _____

기타 고려 사항/의견 : _____

위의 치료 계획에 대해 다음 개인에게 통지 및 승인되었습니다.

환자 퇴원 전에 서명과 승인을 받아야 합니다.

주치의 서명 _____ 날짜 _____

지역 보건부 서명 _____ 날짜 _____

환자 서명 _____ 날짜 _____

서명하지 않기로 선택한 환자: 퇴원 플래너 서명 _____ 날짜 _____