

옥수수전분 구입비 지원 진료 확인서					
환자명				생년월일	
<처방 가능 질환 목록> 간인산화효소결핍(E74.0), 글리코젠 축적병(E74.0), 글리코젠 축적병 1b형 A (E74.0), 안데르센병(E74.0), 글리코젠 합성효소결핍(E74.0), 코리병(E74.0), 포르브스병(E74.0), 폰기에르게병(E74.0), 허스병(E74.0)					
처방의견	① 섭취 유형		② 처방 기간 및 처방 사유		섭취 용량
	<input type="checkbox"/> 특수 옥수수전분 (글리코세이드)		처방 기간 <small>※ 최대 6개월</small>	· · · ~ · · ·	1일 () g
			처방 사유 <input type="checkbox"/> 소아환자 <input type="checkbox"/> 빈번한 저혈당 <input type="checkbox"/> 기타(진료의 소견:)		
	<input type="checkbox"/> 혼합 섭취	일반	처방 기간 <small>※ 최대 6개월</small>	· · · ~ · · ·	1일 () g
		특수	처방 사유 <input type="checkbox"/> 소아환자 <input type="checkbox"/> 빈번한 저혈당 <input type="checkbox"/> 기타(진료의 소견:)	1일 () g	
용도		보건소 제출용			
발급일자 : 년 월 일 <div style="margin-left: 400px;">진료과목 :</div> <div style="margin-left: 400px;">면허번호 :</div> <div style="margin-left: 400px;">의사성명 : (서명/인)</div> <div style="margin-left: 400px;">의료기관명 : (직인)</div>					
작 성 방 법					
① (섭취 유형) 특수 옥수수전분 / 혼합 섭취 두 가지 중 하나를 선택하여 처방 기간 및 섭취 용량 기재 ② (처방 기간 및 1일 섭취 용량) - ‘처방 기간’의 시작일은 진료확인서의 발급일자와 동일하여야 함 - 섭취 유형별로 다음의 기준에 따라 기재					
특수 옥수수전분 (글리코세이드)		[처방 기간] · 최대 6개월 이내로 기재		[1일 섭취 용량] · 섭취 용량 기재	
혼합 섭취 (일반+특수)		[처방 기간] · 최대 6개월 이내로 기재		[1일 섭취 용량] · 일반, 특수 개별 섭취 용량 기재	
유 의 사 항					
1. 처방 기간 종료 시 관할 보건소에 진료확인서를 추가로 발급받아 제출하여야 하며, 미제출 시 특수 옥수수전분 구입비, 혼합 옥수수전분 구입비 지원자격이 종료됩니다. ※ 단 일반 옥수수전분 구입비에 대해서는 계속 지원 가능 2. 상기 진료 확인서에 기재된 섭취 기간 및 용량 등을 준수하여 복용하여야 하며, 이를 준수하지 않을 경우 발생하는 건강상의 문제 등 책임은 환자 본인에게 있음을 미리 안내 드립니다.					