

발달재활서비스 의뢰서						병록번호	
						연 번 호	
신청인	성 명				생년월일		
	주 소						(전화)
병 명		<input type="checkbox"/> 시 각 <input type="checkbox"/> 청 각 <input type="checkbox"/> 언 어		<input type="checkbox"/> 뇌병변 <input type="checkbox"/> 지 적 <input type="checkbox"/> 자폐성		발병 연월일	
(예견되는 장애 유형에 ‘√’ 표시)						년 월 일	
발달재활 서비스 필요 분야*(서비스 필요영역에 ☑표 하세요)							
영역		세부영역					
<input type="checkbox"/> 신체발달		<input type="checkbox"/> 감각		<input type="checkbox"/> 소근육		<input type="checkbox"/> 대근육	
<input type="checkbox"/> 의사소통		<input type="checkbox"/> 구문/의미		<input type="checkbox"/> 음운/청력		<input type="checkbox"/> 화용	
<input type="checkbox"/> 심리행동		<input type="checkbox"/> 행동문제		<input type="checkbox"/> 정서/심리		<input type="checkbox"/> 사회성	
선택사항		<input type="checkbox"/> 지능					
향후 치료에 대한 소견							
(언어, 청능, 미술, 음악, 행동, 놀이, 심리운동, 재활심리, 감각재활, 운동재활 등 필요한 발달재활서비스에 대한 소견)							
<p>첨부 검사자료 및 세부영역 검사 결과에 따라 위와 같이 진단함.</p> <p>※ 세부영역 검사결과서[서식4-2] 및 검사자료 사본첨부</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 년 월 일 (서명 또는 인) </div> <p> 병 · 의원 주소(전화번호) : 병 · 의원 명 : 의사면허번호 : ()과 전문의 의사명 : </p>							

* 발달재활 서비스 필요영역은 1개 이상의 필요영역을 선택(모든 영역을 선택할 필요는 없음)

세부영역 검사결과서

신청인	성 명		생년월일
	주 소	(전화)	
영 역		<input type="checkbox"/> 신체발달 <input type="checkbox"/> 의사소통 <input type="checkbox"/> 심리행동 <input type="checkbox"/> 선택(지능)	
세부영역	검사도구명 (검사기관)	검사 결과	
구문의미 (예시)	SELEI (A대학병원)	▶ 언어전반 약간지체 (-1표준편차) ▶ 수용언어 약간지체 (-1표준편차) ▶ 표현언어 언어발달지체 (-2표준편차)	
지능 (예시)	K-WISC-IV (B소아정신과)	▶ FSIQ(전반적인 지적 능력)로 해석 불가능 ▶ GAI(일반지적능력 지표)로 해석 가능 GAI 97(89-104: 95% 신뢰구간) 백분위 41 평균에 해당	
행동문제 (예시)	CBCL 6-18 (A대학병원)	▶ 문제행동 56T 정상 (내재화 58T 정상, 외현화 52T 정상) ▶ 위축/우울 67T 준임상 ▶ 사고문제 60T 정상	
감각 (예시)	K-DTVP-2 (C복지관)	일반시지각 지수 127(우수), 백분위 97, 연령지수 7-5 운동감소시지각 지수 125(우수), 백분위 96, 연령지수 7-7 시지각운동통합 지수 127(우수), 백분위 97, 연령지수 7-2	