

**붙임 1**
**이동지원 서비스 종합조사용 진단서**

이 동 지 원 서 비 스 종 합 조 사 용 진 단 서				
진 단 대 상 자	성 명		성 별	
	주 민 등 록 번 호			
	주 소	( ☎ )		
보 장 상  행 애 태	장 애 부 위 또 는 질 환 명			
	장애정도 및 진단 의 사 의 소 견			
	일 상 생 활 동 작 가능 여부에 대한 진 단 의 사 의 소 견 ( ① 옮 겨 앓 기 , ② 앉 은 자세 유지, ③ 실 내 이 동 , ④ 실 외 이 동 )	※ ① 옮겨 앉기 ② 앉은 자세 유지 ③실내이동 ④실외이동 가능 여부에 대한 소견		
	대 중 교 통 이 용 가능 여부에 대한 진 단 의 사 의 소 견			
<p><u>진단대상자가 위와 같은 장애가 있어서 다른 사람 또는 의료기기 등의 도움이 없이 지속적으로 보행하는 것이 어려우므로 이동지원 서비스 종합조사를 신청할 필요가 있는 것으로 진단함.</u></p> <p>발 행 일 :</p> <p>의료기관명 : (인)</p> <p>의료기관 주소 : ( ☎ )</p> <p>면허번호 제 호 의사성명 (인)</p> <p>전 문 의 제 호</p>				

**붙임 4**

**시각장애 소견서**

시각장애 소견서														
성명		주민등록번호												
장애의 종류 (중복체크가능)		시력 <input type="checkbox"/> 시야 <input type="checkbox"/> 기타 ( )												
검 사 항 목	시 력	나안시력 우안( ), 좌안( ) 교정시력 우안( ), 좌안( ) 굴절교정값 우안( sph cyl x ), 좌안( sph cyl x )												
	시 야	검사방법 동적 <input type="checkbox"/> 정적 <input type="checkbox"/> 검사기계종류 수동 <input type="checkbox"/> 자동 <input type="checkbox"/> 시야 소견(간단히 기술) 우안( ) 좌안( )												
기타의사소견														

년 월 일

의료기관명칭 :

의사면허번호 :

전문과목 :

의사 성명 : 인

# 뇌병변장애 소견서

## 뇌병변장애 소견서

성명			주민등록번호							-									
하지 근력 등급 및 근경직 등급	구분	근력등급					근경직등급												
	부위	우		좌			우		좌										
	고관절 굴곡근																		
	고관절 신전근																		
	슬관절 굴곡근																		
	슬관절 신전근																		
	족관절 굴곡근																		
	족관절 신전근																		
	* 표시요령: - 근력(도수근력검사(MMT, 0~5등급)) 기준 : Normal : 5/good : 4/ fair : 3/ poor : 2 / trace : 1 / zero : 0 - 근경직(근긴장도평가(MAS, 0~4등급))기준 0(근긴장 증가 없음) / 1(적은 저항 있다가 사라짐) / 1+ (적은 저항 나타남)/ 2 (대부분 운동범위에서 근긴장 확실한 증가)/ 3(근긴장이 증가되어 수동운동이 쉽지 않음) / 4 (굴곡 신전 시 손상부위 경직이 있음)																		
파킨슨병	* 파행보행 양상, 호안야척도 점수결과 또는 통합된 파킨슨병척도검사결과, 치료경과 및 치료반응 등 기재																		
보행 양상	* 운동실조 또는 파행보행의 양상 등 기타 참고사항																		
보조기 사용	* 보조기 사용상황 : 항상 / 필요시 / 필요없음 * 사용보조기 종류 :																		
이동영역 도움정도		전혀 할 수 없음	많은 도움이 필요	중간 정도 도움이 필요	경미한 도움이 필요	완전히 독립적으로 수행													
	계단오르내리기(stair climb)	0 (0)	2 (2)	5 (5)	8 (8)	10 (10)													
	*이동(chair/bed transfer) <sup>1)</sup>	0 (0)	3 (3)	8 (8)	12 (12)	15 (15)													
	*보행(ambulation)	0 (0)	3 (3)	8 (8)	12 (12)	15 (15)													
	*휠체어이동(wheelchair) <sup>2)</sup>	0 (0)	1 (1)	3 (3)	4 (4)	5 (5)													
	대중교통 이용하기	0 (0)	2 (2)	5 (5)	8 (8)	10 (10)													
* 표시 요령 : 보조기를 사용하지 않은 상태에서 표시 / ( ) 보조기를 사용한 상태에서 표시 * 1) 이동 : 침대에서 의자로, 의자에서 침대로 이동, 침대에서 앉는 동작 포함 * 2) 휠체어 이동: 보행이 전혀 불가능한 경우에 평가																			

년 월 일

의료기관명칭 :

의사면허번호 :

전문과목 :

의사 성명 : 인

지체장애용(하지기능(관절)장애, 척추·변형장애) 소견서												
성명	주민등록번호											
하지의 근력등급 · 근경직등급 · 관절운동 범위	구분	근력등급		근경직 등급		관절운동범위(A.M.A.식, 수동 / 능동)						
	부위	우	좌	우	좌	부위	측정방법	운동기능범위				
								우	좌			
	고관절 굴곡근					고관절 (280도)	100도 30도 40도 20도 40도 50도					
	고관절 신전근											
	슬관절 굴곡근					무릎 관절 (150도)	150도 0도					
	슬관절 신전근											
	족관절 굴곡근					발목 관절 (110도)	40도 20도 20도 30도					
	족관절 신전근											
	<p>* 표시요령:</p> <p>- 근력(도수근력검사(MMT, 0~5등급)) 기준 : Normal : 5/good : 4/ fair : 3/ poor : 2 / trace : 1 / zero : 0</p> <p>- 근경직(근긴장도평가(MAS, 0~4등급)) 기준</p> <p>0(근긴장 증가 없음) / 1(적은 저항 있다가 사라짐) / 1+ (적은 저항 나타남)/ 2 (대부분 운동범위에서 근긴장 확실한 증가)/ 3(근긴장이 증가되어 수동운동이 쉽지 않음) / 4 (굴곡 신전 시 손상부위 경직이 있음)</p> <p>- 관절운동범위 (A.M.A. 식) : 수동운동범위 기준으로 표시 (능동인 경우 능동으로 반드시 표시 요함)</p>											
인공관절/인공관절 삽입상태	보조기 착용 여부 (동요관절)		<input type="checkbox"/> 항상 <input type="checkbox"/> 필요시 <input type="checkbox"/> 필요없음		동요정도 ( )mm	가 관 절 형성상태						
변형장애 정도	다리의 단축정도: cm		척추 후만 ( )도, 척추 측만 ( )도									
척추수술 (고정술,골유합술)	수술명 ( ), 수술일 ( ) 고정술분절범위 ( )											
고정술 시행한 분절 표시						척추의 운동범위 (A.M.A.식) ※ 강직성 척추질환 시 기재						
목뼈부	운동가능 기여도	고정	등허리뼈부	운동가능 기여도	고정	부위	목뼈부(340도)		등허리뼈부(240도)			
						측정방법	정상범위	운동가능범위	정상범위			
occipi-C1	13			9		전굴	45		90			
C1-C2	10			12		후굴	45		30			
C2-C3	8			12		좌굴	45		30			
C3-C4	13			12		우굴	45		30			
C4-C5	12			14		좌회전	80		30			
C5-C6	17			15		우회전	80		30			
C6-C7	16			17								
C7-T1	6			20								
합계	95			111								
기타 의사 소견	* 보조기 사용 여부 및 종류, 사용 상황(항상/필요시), 파행 보행의 양상, 기타 참고 사항											

의료기관명칭 :                      년                      월                      일                      의사면허번호 :                      전문과목 :                      의사 성명 :                      인