

## 보조기기(수동·전동휠체어 및 의료용 스쿠터) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항과 작성방법을 읽고 작성하시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다. (앞쪽)

[ ] 장애인 등록 전(일반형 수동휠체어를 처방하는 경우에만 해당합니다)

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호
	집 전화번호	휴대전화번호

② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형	장 애 정 도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
	중복장애유형(부장애)	세부유형		
		척수손상 [ ]완전 [ ]불완전		[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애

③ 처방 보조기기	[ ] 수동휠체어	[ ] 일반형 [ ] 활동형 [ ] 틸팅형 [ ] 리클라이닝형 [ ] 유모차형
	[ ] 전동보조기기	[ ]가군 [ ]나군 [ ]다군 전동휠체어 [ ] 의료용 스쿠터

구분	일반상태		해당 여부	
	수동 휠체어	공통사항		의지·보조기, 지팡이 등 다른 보조기기를 사용해도 실외 보행하기 어렵다.
	활동형	양팔 및 자세균형 제어 기능이 양호하여 다른 사람의 도움 없이도 휠체어를 안전하게 작동할 수 있다.	[ ]	
	틸팅형·리클라이닝형	스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고서는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하며 압박과 자세관리가 필요하다.	[ ]	
	유모차형	18세 이하의 정도가 심한 지체·뇌병변 장애인으로 자세 일부지지 및 다른 사람의 도움으로 추진하여 이동하는 것이 필요하다.	[ ]	
구분	일반상태		해당 여부	
	가군 전동 휠체어 · 의료용 스쿠터	장애유형		
④ 일 반 상 태	지체 · 뇌병변 장애	공통사항	팔에 기능장애가 있다.	[ ]
			내부기관 중복장애가 있다.	[ ]
		하지절단	절단장애가 발생한 날부터 1년이 경과했다. 의지를 장착한 상태로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[ ]
	척수	관절·기능·변형 등	하지관절 장애, 하지기능·척추 장애에 따른 지체장애 및 변형 등의 장애로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[ ]
		완전손상	척수신경 중 10번 가슴신경(T10)부터 목신경 사이에 손상이 있다.	[ ]
		불완전손상	평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[ ]
	뇌병변		평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[ ]
심장·호흡기 장애	공통사항	전신기능 저하로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[ ]	
	호흡기	기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활한다.	[ ]	
나군 전동 휠체어	지체·뇌병변장애		가군 전동휠체어 대상자로 정도가 심한 지체·뇌병변 장애인이다.	[ ]
			수정바델지수(MBI) 항목 중 화장실 이용, 대·소변 관리의 점수가 5점 이하이다.	[ ]
			스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못한다.	[ ]
			의사의 평가 및 소견 결과 나군 전동휠체어가 필요하다.	[ ]
			방광 관리를 위해 카테터 삽입을 이용하거나, 휠체어에서 침대로 독립적으로 이동할 수 없다.	[ ]
		증가된 근긴장도 또는 떨림을 관리하기 위해 전동식 자세변경장치가 필요하다.	[ ]	
다군 전동 휠체어	지체·뇌병변장애		18세 이하의 정도가 심한 지체·뇌병변 장애인으로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[ ]

뒤쪽에 작성란이 있습니다.

⑤ 검사 결과 (가군·나군 전동휠체어 및 의료용 스 쿠터만 해당 합니다)	구분		검사 결과
	공통 사항	일상생활동작 검사[수정바델 지수(MBI) 이용]	
조작능력 평가		[ ] 적합 [ ] 부적합	
인지 기능		간이 인지 기능 검사(MMSE)	( ) 점
팔 기능		맨손근력 검사	( ) 급
심장 기능		운동부하 검사	( ) METs
심폐 기능	폐 기능 검사(FEV <sub>1</sub> , DLco)		( ) %
	동맥혈가스 검사(산소분압)		( ) mmHg
※ 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다.			

⑥ 검사 결과 (다군 전동휠 체어 및 수동 휠체어 유모 차형만 해당 합니다)	구분		검사 결과
	공통 사항	다리 맨손근력검사	
큰동작기능분류체계(GMFCS)			
다군 전동 휠체어	인지기능	간이 인지 기능 검사(MMSE) 또는 사회성속도 검사(SMS)	
	일상생활동작 검사[수정바델 지수(MBI) 이용]		[ ] 적합 [ ] 부적합
	휠체어 조작기술 훈련법		[ ] 적합 [ ] 부적합
※ 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다.			

⑦ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다.)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.  
※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

요양기관 명칭(요양기관 기호)  
담당의사 성명  
면허번호  
전문과목

년 월 일  
(서명 또는 인)  
전문의 자격번호

유의사항

- 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
- 등록된 장애유형과 관련된 보조기기간 처방해야 합니다.  
※ 팔에 기능장애가 있어 수동휠체어를 조작할 수 없다고 판단되는 경우 전동휠체어 또는 의료용 스쿠터를 처방할 수 있고, 팔에 기능장애가 없는 경우라도 내부기관 중복장애(간질장애를 제외한 신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애 및 요루·장루장애)가 있다고 판단되는 경우 의료용 스쿠터를 처방할 수 있습니다.
- 장애인 등록 전인 사람에게 일반형 수동휠체어를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.  
※ 또한, 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기간 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 해당 유형의 장애인으로 등록된 경우에만 청구할 수 있습니다.  
※ 일반형 수동휠체어를 제외한 보조기기(활동형·틸팅형·리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어 및 의료용 스쿠터)는 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

작성방법

- 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리절단, 다리관절 등)를 적으며, 척수손상의 경우에는 해당란에 √ 표시를 합니다.  
※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.
- 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다.
- 일반상태: 보조기기 세부 인정기준에 따른 내용을 확인하고 이에 해당하는 경우 √ 표시를 합니다.
- 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사에 대한 결과지를 반드시 첨부해야 합니다. 이 경우 팔에 대한 맨손 근력검사 결과 양쪽 최대근력 등급이 상이한 경우 낮은 쪽의 최대근력 등급을 기재합니다.  
※ 팔에 대한 맨손근력 검사 결과 최대 근력이 4등급이라도 근육 노화 등 그 밖의 사유로 팔 기능을 유지하기 힘든 경우에는 전동휠체어를 처방할 수 있습니다.
- 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.