

보조기기 검수확인서

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.
 (앞쪽)

[] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명		주민(외국인)등록번호	
	보장기관명(기호)		의료급여 종별	[] 1종 [] 2종
	집 전화번호		휴대전화번호	

② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형			장애 정도	[] 심한 장애
			척수손상	[] 완전 [] 불완전		[] 심하지 않은 장애
	중복장애유형(부장애)	세부유형				[] 심한 장애
			척수손상	[] 완전 [] 불완전	[] 심하지 않은 장애	

③ 보조기기

품목							
구입일				구입처			
구입가격				기타			
의지·보조기	[] 의지·보조기 기사			자격(면허)번호	성명 (서명 또는 인)		
다리 의지 소모품	[] 작업치료사						
맞춤형교정용신발				업소관리번호			
자세보조용구	[] 자세보조용구 업소 대표자						
보청기 ([] 19세 미만 양측)	착용 측	우[] 좌[]	양쪽[]	보청기 형태			
	평균순음청력역치 * 6분법 [(a+2b+2c+d)/6]에 따라 계산합니다. 이 경우 a는 500Hz, b는 1000Hz, c는 2000Hz, d는 4000Hz입니다.			보청기 착용 전 (처방전 결과)		보청기 착용 후 (음장검사 실시)	
				우	좌	우	좌
	말소리 명료도(%)			%	%	%	%

④ 검수 확인

(보조기기의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 검수합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):
 담당의사 성명:
 면허번호:
 전문과목:

(서명 또는 인)

 전문의 자격번호:

유의사항

1. 검수확인서 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 장애인 등록 전에 구입한 보조기기를 검수하는 때에는 "[] 장애인 등록 전"의 []에 √ 표시를 합니다.
※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록된 경우에만 청구할 수 있습니다.
3. 의지·보조기(다리 의지 소모품 포함) 및 맞춤형 교정용 신발의 경우 담당 의사의 최종 검수확인 전에 반드시 해당 의지·보조기 및 맞춤형 교정용 신발을 제조·수리한 의지·보조기기사(의사)의 검수 확인을 받아야 합니다. 다만, 팔 보조기는 의사의 지도하에 작업치료사가 제조한 경우에는 담당 의사의 최종 검수확인 전에 작업치료사의 검수 확인을 받으면 됩니다.
※ 의지·보조기 기사(작업치료사를 포함합니다)는 본인의 성명과 자격(면허)번호를 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍습니다.
4. 자세보조용구의 경우 담당 의사의 최종 검수확인 전에 반드시 해당 보조기기를 제조한 사람의 검수확인을 받아야 합니다. 이 경우 검수확인인 제조한 사람이 소속된 보조기기 업체의 대표자가 하며 업체 대표자는 본인의 성명을 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍습니다.
5. 보청기의 경우 보청기 구입 후 1개월이 지난 날 이후에 본 서식의 보청기란의 청력변화 확인 항목에 해당하는 검사결과를 기재해야 하며 보청기 착용 상태에서 청력개선 효과가 있다고 확인되는 경우 검수확인을 합니다.
6. 자세보조용구의 경우 다음의 자세보조용구 검수확인 참고표를 참조하여 검수 확인한 후 해당 내용을 구체적으로 작성합니다.

자세보조용구 검수확인 참고표

앉 기 형	1. 자세보조용구가 처방대로 잘 맞는지에 관하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 처방된 몸통 및 골반 지지대, 머리 및 목 지지대, 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray), 다리 및 발 지지대 품목들이 제대로 지급되었는지 나. 쿠션에 몸통 및 골반 부위의 표면이 뜨는 부분 없이 잘 적용되는지 다. 머리받침, 팔받침, 발/종아리받침 등의 장치가 대칭을 유지하며 안정적으로 놓이는지 라. 지지장치(벨트)가 몸통이나 골반, 발 등을 정확한 위치에서 잘 지지하고 있는지 마. 테이블의 높이가 적절한지, 다칠 위험성이 없는지, 표면 재질이나 사이즈가 적절한지 바. 패드가 적절한 위치에서 기능을 수행하고 있는지[특히 넓적다리 모으기 방지 패드의 크기와 기능]
	2. 앉혔을 때 편안한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 앉혀 놓았을 때 더 보채지 않는지 나. 근 긴장도가 증가되지 않는지 다. 비대칭이 증가되지 않는지 라. 호흡에 미치는 영향이 없는지 마. 머리와 몸통 조절이 용이해져 위팔 움직임이 더 활발하게 나타나는지
	3. 척추와 골반의 비대칭이나 변형 감소에 도움이 되는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 어깨부위 및 위팔: 어깨가 너무 앞으로 기울거나 뒤로 처졌는지, 어깨 비대칭이나 어긋남, 위팔 움직임이 어떠한지 나. 척추: 척추옆굽음변형과 척추앞뒤굽음변형의 정도와 부위가 어떠한지, 자세보조용구에 의한 척추 및 등허리부위의 지지가 적절한지 다. 골반: 전후 및 좌우 기울임, 좌우회전, 골반 변형, 넓적다리 모으기·벌리기, 경직 정도는 어떠한지
	4. 머리가 똑바로 잘 놓여있는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 머리받침이 머리를 편안하게 잘 받쳐주는지 나. 머리의 굽히기·펴기, 좌우측 굽히기, 좌우회전을 충분히 조절하고 있는지
	5. 위팔, 다리 및 몸통의 근 긴장도 조절에 도움이 되는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 앉혔을 때 근 긴장도가 증가하지 않는지 나. 근 긴장도가 비대칭적인 증가를 보이지 않는지 다. 머리·목 부위 및 몸통이 활궁자세를 보이거나 엉덩이가 착석쿠션으로부터 뜨지 않는지
	6. 넓적다리 모으기 또는 벌리기의 조절이 가능한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 넓적다리의 과도모으기 또는 가위자세를 적절히 막아주고 있는지 나. 넓적다리의 과도벌리기로 의자 밖으로 다리가 빠져나가지 않는지
	7. 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절의 강직 또는 변형의 조절이 가능한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 발받침에 발이 잘 놓여있는지 나. 무릎의 자세는 안정되어 있는지 다. 발목의꿈치들린환발(침착) 변형 및 안굽음·밖굽음 변형은 어떠한지 라. 다리의 움직임은 어떠한지
서 기 형	보조기기 전·후·좌·우 착용 사진을 첨부하여 보조기기 적합성 여부를 확인합니다. 1. 처방된 기립훈련기 품목이 제대로 지급되었는지 2. 머리받침, 몸통받침, 다리받침 등의 장치가 안정적으로 놓이는지 3. 지지장치(벨트)가 몸통이나 무릎, 발 등을 정확한 위치에서 잘 지지하고 있는지 4. 테이블의 높이가 적절한지, 다칠 위험성이 없는지, 표면 재질이나 사이즈가 적절한지 5. 패드가 적절한 위치에서 기능을 수행하고 있는지