

장애 정도 심사용 진단서

| | | | |
|-----------|--|---------|-------------------------|
| 진단 대상자 | 성명 | 성별 | |
| | 주민등록번호 | | |
| | 주소 (전화번호:) | | |
| 장애 상태 | 장애유형 | | |
| | 장애 부위 또는 질환명 | | |
| | 장애원인 | | |
| | 장애 발생 시기 | | |
| 진료기관 및 의사 | 의료기관 | 의사 | 진료기간 . . . ~ |
| | 의료기관 | 의사 | 진료기간 . . . ~ |
| 진단의사의 소견 | ※ 장애 정도 판정기준에 따라 검사항목·검사결과·장애 상태를 구체적으로 기재 | | |
| 재판정 | 필요사유 | 재판정할 시기 | |

「장애인복지법」 제32조 및 같은 법 시행규칙 제3조제3항에 따라 장애 진단 결과를 통보합니다.

년 월 일

진단 의사명
(의사 면허번호)
(전문의 자격번호)

(서명 또는 인)
(전문의 과목)

진단기관명

직인

시장·군수·구청장 귀하

유의사항 및 작성방법

1. 장애진단 및 진단서 발행 시 진단 받는 자가 본인임을 확인해야 합니다.
2. 성명, 주민등록번호 등을 위조하거나 변조할 수 없도록 투명테이프 처리한 후에 장애진단의뢰기관에 송부함을 원칙으로 하되, 부득이 사람을 통해 교부하는 경우 봉투의 봉합부분에 의료기관의 간인을 찍어야 합니다.
3. 장애유형은 「장애인복지법 시행규칙」 제2조에 따른 장애유형을 기재합니다.
4. 진단의사의 소견란에 X-ray 촬영 여부 등 구체적인 사항을 기재해야 하며, 보건복지부 고시에 따른 장애 정도 판정기준에 부합해야 합니다.
5. 장애심사와 관련하여 장애진단을 위한 진료기록 등을 사후에 확인할 수 있습니다.