

보조기기(수동·전동휠체어 및 전동스쿠터) 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	척수손상		장 애 정 도	[]심한 장애 []심하지 않은 장애
			[]완전 []불완전			
	중복장애유형(부장애)	세부유형	척수손상		[]심한 장애 []심하지 않은 장애	
			[]완전 []불완전			

③ 처방 보조기기	[] 수동휠체어	[] 일반형	[] 활동형	[] 틸팅형	[] 리클라이닝형
	[] 전동보조기기	[] 전동휠체어	[] 전동스쿠터		

④ 일반상태	수동 휠체어	구분		일반상태		해당 여부
		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.		[]
	전동 휠체어 · 전동 스쿠터	장애유형	일반상태		해당 여부	
			팔에 기능장애가 있다.		[]	
		지체 장애 · 뇌병변 장애	공통사항	내부기관 중복장애가 있다.		[]
				절단장애가 발생한 날부터 1년이 경과했다.		[]
			하지절단	의지를 장착한 상태로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[]
				관절·기능·변형 등		하지관절 장애, 하지기능·척추 장애에 따른 지체장애 및 변형 등의 장애로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.
		척수	완전손상	척수신경 중 10번 가슴신경(T10)부터 목신경 사이에 손상이 있다.		[]
			불완전손상	평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[]
			뇌병변	평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[]
			심장·호흡기장애	전신기능 저하로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[]
팔에 기능장애가 있다.				[]		

⑤ 검사 결과 (전동휠체어 및 전동스쿠터만 해당합니다)	구분		검사 결과	
	공통 사항	일상생활동작 검사[수정바ذل 지수(MBI) 이용]		[] 적합 [] 부적합
		조작능력 평가		[] 적합 [] 부적합
		인지 기능	간이 인지 기능 검사(MMSE)	() 점
		팔 기능	맨손근력 검사	() 급
		심장 기능	운동부하 검사	() METs
		심폐 기능	비오디이 지수(BODE Index)	() 점
	※ 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다.			

⑥ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다).

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

요양기관 명칭(요양기관 기호)

담당의사 성명

(서명 또는 인)

면허번호

전문과목

전문의 자격번호

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
 - ※ 팔에 기능장애가 있어 수동휠체어를 조작할 수 없다고 판단되는 경우 전동휠체어 또는 전동스쿠터를 처방할 수 있고, 팔에 기능장애가 없는 경우라도 내부기관 중복장애(간질장애를 제외한 신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애 및 요루·장루장애)가 있다고 판단되는 경우 전동스쿠터를 처방할 수 있습니다.
3. 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 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 해당 유형의 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
 - ※ 일반형 수동휠체어를 제외한 보조기기(활동형·틸팅형·리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어 및 전동스쿠터)는 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

작성방법

- ① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 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.
- ③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다.
- ④ 일반상태: 보조기기 세부 인정기준에 따른 내용을 확인하고 이에 해당하는 경우 √ 표시를 합니다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.