

보조기기(자세보조용구, 의지·보조기 등) 처방전

※ 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	장 애 정 도	[]심한 장애 []심하지 않은 장애										
	중복장애유형(부장애)	척수손상 []완전 []불완전												
		세부유형	척수손상 []완전 []불완전											
		척수손상 []완전 []불완전												
③ 처방 보조기기	[] 자세보조용구	[] 몸통 및 골반 지지대 [] 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray)	[] 머리 및 목 지지대 [] 다리 및 발 지지대											
	[] 이동식전동리프트	[] 욕창예방매트리스	[] 욕창예방방석											
	[] 맞춤형 교정신발류	[] 전방보행차	[] 후방보행차											
	[] 의지·보조기	유형:	[]우 []좌											
	[] 다리 의지 소모품 ([] 우 / []좌)	[] 넓적다리 의지 소켓 교체 ([] 일반형/[] 실리콘형) [] 넓적다리 의지 실리콘라이너 교체 [] 종아리 의지 소켓 교체 ([] 일반형/[] 실리콘형) [] 종아리 의지 실리콘라이너 교체 [] 발목 의지 실리콘라이너 교체												
	④ 검사 결과	자세 보조 용구	다리 맨손근력검사	우 ()등급, 좌 ()등급	<table><tr><td>머리 (HEAD)</td><td></td></tr><tr><td>어깨 (SCAPULA)</td><td></td></tr><tr><td>척추 (SPINE)</td><td></td></tr><tr><td>골반 (PELVIC) 고관절 (HIP JT.)</td><td></td></tr><tr><td>무릎 (KNEE) 발목관절 (ANKLE JT.)</td><td></td></tr></table>	머리 (HEAD)		어깨 (SCAPULA)		척추 (SPINE)		골반 (PELVIC) 고관절 (HIP JT.)		무릎 (KNEE) 발목관절 (ANKLE JT.)
머리 (HEAD)														
어깨 (SCAPULA)														
척추 (SPINE)														
골반 (PELVIC) 고관절 (HIP JT.)														
무릎 (KNEE) 발목관절 (ANKLE JT.)														
큰동작기능 분류체계 (GMFCS)														
영상의학 검사	코브각도 (Cobb's angle) ()도													
	척추앞굽음 ()도													
	척추뒤굽음 ()도													
엉덩관절이동지수 (hip migration index) (%)														
이동식전동리프트· 욕창예방매트리스	일상생활동작검사 [수정바델지수(MBI)검사]	총 점												
		의자·침대 이동항목 점												
	다리 맨손근력검사	우 ()등급, 좌 ()등급												

⑤ 환자상태 및 진료소견(처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(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.
 - ※ 자세보조용구, 이동식전동리프트, 욕창예방매트리스는 장애의 정도가 심한 사람에게만 처방할 수 있습니다.
 - ※ 다리 의지는 일반형 소켓으로 처방하는 것이 원칙이고, 실리콘형 소켓은 절단 후 남아있는 신체부분이 불안정하여 실리콘형 소켓이 필요하다는 진료담당 의사의 의학적 소견이 있는 경우에만 처방할 수 있습니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수확인서를 받아야 합니다.
 - ※ 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행차에 대해서는 보조기기 검수확인을 받지 않습니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 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.
 - ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
 - ※ 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

작성방법

- ① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 장애 구분: 보조기기별 의료급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리절단, 다리관절 등)를 적으며, 척수손상의 경우 해당란에 √ 표시를 합니다.
 - ※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.
- ③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 이 경우 손가락 의지를 장착하면 해당 손가락(오른쪽 1,2,3,4,5 및 왼쪽 1,2,3,4,5)을 적어야 합니다.
- ④ 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다. 다만, 이동식전동리프트 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 판정을 받았거나, 욕창예방매트리스 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 또는 2급 판정을 받은 경우에는 MBI 검사 또는 다리 맨손근력검사를 생략할 수 있고, 콘동작기능분류체계(GMFCS)에 관한 검사 결과 관련 서류가 없는 경우에는 검사 내용이 표기된 경과 기록지 등으로 이를 대체할 수 있습니다.
- ⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 보조기기 제작 시 주의할 사항 및 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.