

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	척수손상 []완전 []불완전			장애 정도	[]심한 장애
			중복장애유형(부장애)				세부유형
	척수손상 []완전 []불완전			[]심한 장애			
				[]심하지 않은 장애			

③ 보조기기	품목							
	구입일				구입처			
	구입가격				기타			
	의지·보조기 맞춤형교정용산발 자세보조용구	[]의지·보조기 기사			자격(면허)번호	성명 (서명 또는 인)		
		[]작업치료사						
		[]자세보조용구 업소 대표자						업소관리번호
	보청기 ([]15세 이하 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(%)			%	%	%	%		

(보조기기의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 적습니다)

④ 검수 확인	
---------	--

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 보조기구를 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 및 맞춤형 교정용 신발의 경우 담당 의사의 최종 검수확인 전에 반드시 해당 의지·보조기 및 맞춤형 교정용 신발을 제조·수리한 의지·보조기기사(작업치료사)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(작업치료사)는 본인의 성명과 자격(면허)번호를 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍습니다.
4. 자세보조용구의 경우 담당 의사의 최종 검수확인 전에 반드시 해당 보조기구를 제조한 사람의 검수확인을 받아야 합니다. 이 경우 검수확인인은 제조한 사람이 소속된 보조기기 업체의 대표자가 하며, 업체 대표자는 본인의 성명을 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍습니다.
5. 보청기의 경우 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

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/하퇴받침 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 대퇴내전방지패드(넓적다리 모으기 방지 패드)의 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 상지 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 비대칭·어긋남, 위팔 움직임이 어떠한지
 나. 척추: 척추옆굽음변형과 척추앞뒤굽음변형의 정도와 부위가 어떠한지, 자세보조용구에 의한 척추 및 등·허리부위의 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 긴장도의 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. 발목의 꿈치들린환발(침족) 변형 및 안굽음·뺨굽음 변형은 어떠한지
 라. 다리의 움직임은 어떠한지