

보조기기(수동·전동휠체어 및 전동스쿠터) 처방전

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

(앞쪽)

[] 장애인 등록 전(일반형 수동휠체어를 처방하는 경우에만 해당합니다)

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 [] 심하지 않은 장애
			중복장애유형(부장애)	세부유형		척수손상
	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
		지체 장애 · 관절·기능· 변형 등	공통사항	팔에 기능장애가 있다.		[]
				내부기관 중복장애가 있다.		[]
			하지절단	절단장애가 발생한 날부터 1년이 경과했다.		[]
				의지를 장착한 상태로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[]
		뇌병변 장애	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[수정바델 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

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.
 - ※ 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. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 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.
 - ※ 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.
 - ※ 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.