

국민연금 장애심사용 진단서

※ 뒤쪽의 유의사항 및 기재요령을 읽고 작성하여 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

대 상 자 인적사항	성명	생년월일	성별 [] 남 [] 여
	전화번호(자택)	휴대전화번호	
	주소		
장애분류	장애분류 / 장애부위		
	장애의 원인 상병명		
장애 발생 및 완치일	부상일 또는 발병일
	초진일
	완치일
치료내용 및 장애상태	※ 주요 치료내용 및 장애상태를 기재하되, 각종 검사소견, 현재까지의 치료내용(치료기간, 경과, 수술명, 수술일, 최초 투석일 등) 및 모든 임상증상 등 장애상태를 별지 제2호 내지 별지 제16호 서식(장애분류별 소견서)에 상세히 기재		
기존 장애(동일부위)	[]유 []무	발생시기	. . .
향후 장애상태	일상생활 활동 능력 또는 노동능력에 관한 의견		예 후
	변동가능성	[]유 []무	변동가능사유

위와 같이 장애상태를 진단합니다.

년 월 일

진단기관명



진단 의사명

(서명 또는 인)

소재지

의사 면허번호

의료기관지정번호

전문의 자격번호

전문의 과목

유 의 사 항

1. 본인 확인은 진단의사가 주민등록증과 대조(미성년자인 때는 기타 본인을 확인할 수 있는 방법으로 대체할 수 있음)하여 확인하고 진단서 및 장애분류별 소견서에 날인한다.
2. 국민연금 장애심사를 위해 진단서 발급시 발급기관과 최초 진료기관이 다른 경우에는 최초 진료기관의 일반진단서 또는 의사 소견서를 첨부하여야 하며, 해당 상병이 완치된 경우 장애진단서를 발급하되 완치되지 아니한 경우는 초진일로부터 1년 6개월이 경과된 날을 기준으로 장애진단서를 발급한다.
3. 진단서의 구체적인 장애상태는 장애분류별 소견서에 기재하며, 진단서 및 소견서에 기재되어 있는 내용은 진료기록, 검사결과 등에서 확인이 가능하여야 한다.

기 재 요 령

1. 다음과 같은 장애상태, 임상증상 및 수술(수술명, 수술일), 투약내용(약물명, 용량) 등의 치료내역, 각종 검사결과, 보조기 착용여부 등의 결과를 객관적이고 구체적으로 기재하여야 한다.
 - 가. 눈의 장애: 최대교정시력 및 시야협착 소견과 시야·굴절검사 결과, 질환에 따라 칼라안저사진, VEP(시유발전위도검사), OCT(시신경망막CT), FAG(형광조영술), ERG(전기생리적검사) 등
 - 나. 귀의 장애: 평균순음청력역치검사(3회), 최대어음명료도(3회), 청성뇌간반응검사, 임피던스검사 등
 - 다. 입의 장애: 언어정도(자음정확도, 실어증지수 등), 섭취방법 및 섭취 가능한 음식물의 내용, 개구정도, 교합상태, 체중 감소 정도 등의 소견과 해당부위 CT/MRI, 연하조영검사결과 등
 - 라. 지체의 장애: 운동가동범위, 근력, 운동의 정밀성, 속도 및 내구성, 강직 등의 소견과 해당 부위 X-ray/CT/MRI, 근전도 검사 결과, 뇌파검사결과, 호엔야척도 등
 - 마. 정신·신경계통 장애: 정신질환의 경우 진단명, 상태, 치료내용 및 투약, 뇌전증의 경우 발작양상, 빈도, 주당 횟수, 투약 등의 소견과 인지기능저하시 임상심리검사결과, CDR/GDS 등
 - 바. 호흡기의 장애: 호흡곤란의 정도, 흉부 X-ray/CT/MRI, 폐기능검사결과 등
 - 사. 심장의 장애: 심질환의 중증정도, 흉부 X-ray, 심전도, 심장초음파검사결과, 운동부하검사결과, 핵의학검사결과 등
 - 아. 신장의 장애: 최초 투석일(지속적인 투석요법을 처음 시작한 날) 및 3개월 이상 지속적으로 투석 받고 있는지에 대한 구체적인 소견, 혈액검사결과(혈청크레아티닌, 사구체여과율) 등
 - 자. 간의 장애: 복수(중증도, 지속여부), 식도정맥류(중증정도, 출혈여부, 횡수), 간성뇌증, 복막염 병력 등의 소견과 혈액 검사결과(알부민, 총빌리루빈, 프로트롬빈시간연장(초)/INR), 초음파/CT 등
 - 차. 혈액·조혈기의 장애: 임상증상, 일반상태 등의 소견과 수혈, 항암(약물명, 용량, 투여기간), 조혈모세포이식 등의 치료내용, 골수검사결과, 혈액검사결과(혈색소, 절대호중구수, 혈소판 등) 등
 - 카. 복부·골반장기의 장애: 건강 시 대비 체중감소정도(Kg), 장루(요루) 보유여부, 인공방광 수술여부, 간헐적 도뇨(CIC) 시행 여부 등의 소견과 혈액검사결과(혈색소량, 알부민 등), 해당부위 X-ray/CT/MRI, 요역동학검사결과 등
 - 타. 안면의 장애: 노출된 안면부의 변형정도, 해당부위 X-ray/CT/MRI
 - 파. 악성신생물(고형암)의 장애: 임상증상, 일반상태 등의 소견과 수술, 수혈, 항암(약물명, 용량, 투여기간), 방사선 등의 치료내용, 해당부위 CT/MRI/초음파/내시경/조직검사결과 등
2. 기존장애(질병포함): 동일부위에 현 장애 이외의 장애를 이미 지니고 있는 경우이며 발생시기, 장애상태 등을 기재
3. 향후 장애상태에 관한 의견: 일상생활능력 또는 노동능력에 관한 진단의의 소견을 구체적으로 기재
4. 진단서에 있는 용어 정의
 - 가. 초진일: 장애의 주된 원인이 되는 질병이나 부상에 대하여 처음으로 의사의 진찰을 받은 날을 말하며, 진단서 발급 의뢰기관이 초진의료기관이 아닌 경우는 “미상”으로 기재
 - 나. 완치일: 다음 중 어느 하나에 해당되는 날을 말하며, 객관적인 자료가 그 근거가 확인되어야 함
 - ① 해당 질병이나 부상이 의학적으로 치유된 날
 - ② 더 이상 치료효과를 기대할 수 없는 경우로서 그 증상이 고정되었다고 인정되는 날
 - ③ 증상의 고정성은 인정되지 아니하나, 증상의 정도를 고려할 때 완치된 것으로 볼 수 있는 날

국민연금(눈 장애) 소견서

성명		생년월일						성별	[]남 []여
장애의 종류 (중복체크 가능)	시력 [] 시야 [] 복시 [] 기타 ()								
구분	검사일	검사결과							
시력	나안시력 우안(), 좌안()				교정시력 우안(), 좌안()				
	굴절교정값 우안(sph cyl x) 좌안(sph cyl x)								
시야	검사방법 동적 [] 정적 []				검사기계 종류 수동 [] 자동 []				
	시야 소견(간단히 기술) - 우안() - 좌안()								
복시	양안복시시야(첨부필) 동적 [] 정적 [] Hess screen 검사(첨부필) 교대프리즘가림검사(첨부필) 복시 소견(간단히 기술) - 우안() - 좌안()								
검사항목	이상의 유무 또는 간단한 소견을 기입		검사일	우안	좌안				
	전안부 (각막, 결막, 수정체, 전방)								
	유리체								
	망막								
	시신경유두 및 신경섬유층								
	* 검사소견: 수술 등의 치료내역 등								
기타 의사소견									

※ 첨부 가능한 자료(예, 검사결과, 의무기록 등)는 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: _____ 의사면허번호: _____ 전문과목: _____ 의사 성명: _____ (서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

국민연금(입 장애) 소견서

성명						생년월일						성별	[]남	[]여
장애의 종류 (중복체크 가능)	언어장애	[]구음장애 []음성장애 []실어증장애 []기타 ()												
	음식물을 먹는 기능 장애	[]음식물을 씹는 장애 []음식물을 삼키는 장애 []기타 ()												
검 사 항 목	유형		장애 정도										해당 항목	
	언어 장애	실어증 장애	실어증지수(AQ) 15 이하											
			실어증지수(AQ) 40 이하											
			실어증지수(AQ) 60 이하											
		※ 실어증의 경우 표준화 검사인 한국형 실어증 검사(K-WAB)를 이용												
		구강구조 장애 (보조기 착용시)	자음정확도가 10% 미만											
			자음정확도가 40% 미만											
	자음정확도가 60% 미만													
	※ 구강구조 장애인 경우 구개 지지대나 치아보철물 등과 같은 보조기 착용하고 시행													
	후두 장애	후두전적출술 시행												
		후두부분적출술 시행												
	음식물 먹는 기능 장애	씹는 기능 (보조기 착용시)	먹는 기능을 완전히 상실하여 코위영양관 삽입 등의 방법으로 지속적으로 음식물을 공급받는 상태											
			미음 또는 죽 상태의 음식물 이외에는 씹을 수 없어서(전치부의 개구량이 10mm이하) 비경구 영양섭취 병행 필요											
			고형식을 충분히 씹지 못하여(전치부의 개구량이 30mm 이하) 고형식의 섭취가 상당히 제한된 상태											
		삼키는 기능 (보조기 착용시)	먹는 기능을 완전히 상실하여 코위영양관 삽입 등의 방법으로 지속적으로 음식물을 공급받는 상태											
액체물과 미음이 기도로 흡인되는 상태														
액체물이 기도로 흡인되는 상태														
CT 또는 MRI														
기타 검사														

※ 첨부 가능한 자료(예, 검사결과, 의무기록 등)는 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: 의사면허번호: 전문과목: 의사 성명: (서명 또는 인)

국민연금(팔, 다리 장애) 소견서

성 명		생년월일						성 별		[]남 []여			
수(족)지 관절의 [] 수동 [] 능동 운동범위 (A.M.A.식) ※ 3-5족지의 경우 움직임 유/무를 표기	부 위		제1지		제2지		제3지		제4지		제5지		
			굴곡	신전	굴곡	신전	굴곡	신전	굴곡	신전	굴곡	신전	
	중수(족) 지 절 관 절 (M.P)		정상 범위	60도 (30도)	0도 (50도)	90도 (30도)	0도 (40도)	90도 (유)	0도 (무)	90도 (유)	0도 (무)	90도 (유)	0도 (무)
	우												
	좌												
	근위(족) 지 절 관 절 (P.I.P)		정상 범위	80도 (30도)	0도 (0도)	100도 (40도)	0도 (0도)	100도 (유)	0도 (무)	100도 (유)	0도 (무)	100도 (유)	0도 (무)
	우												
	좌												
	원 위 지 절 관 절 (D.I.P)		구 분					유	무	유	무	유	무
			우										
		좌											
팔/다리 관절의 [] 수동 [] 능동 운동 범위 (A.M.A.식)	부위	측정 방법	정상 범위	운동가능범위		부위	측정 방법	정상 범위	운동가능범위				
				우	좌				우	좌			
	어깨 관절 (500도)	굴 곡	150도			엉덩 관절 (280도)	굴 곡	100도					
		신 전	40도				신 전	30도					
		외 전	150도				외 전	40도					
		내 전	30도				내 전	20도					
		내 회전	40도				내 회전	40도					
		외 회전	90도				외 회전	50도					
	소계		500도			소계		280도					
	팔꿈치 관절 (310도)	굴 곡	150도			무릎 관절 (150도)	굴 곡	150도					
신 전		0도			신 전		0도						
내 회전		80도											
외 회전		80도											
소계		310도			소계		150도						
손목 관절 (180도)	굴 곡	70도			발목 관절 (110도)	굴 곡	40도						
	신 전	60도				신 전	20도						
	요사위	20도				외 반	20도						
	척사위	30도				내 반	30도						
	소계		180도				소계		110도				
인공관절 부위 및 삽입상태							무릎관절의 동요정도 우 ()mm 좌 ()mm						
가관절 형성상태							다리 단축정도 []우 []좌 ()cm						

※ 첨부 가능한 자료(예, 검사결과, 의무기록 등)는 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: _____ 의사면허번호: _____ 전문과목: _____ 의사 성명: _____ (서명 또는 인)

국민연금(척추 장애) 소견서

성 명		생년월일						성별	[]남 []여
척추수술 (고정술 / 골유합술)		수술일							
		수술명							
고정술 / 골유합술 시행한 척추분절 표시									
목뼈부	운동기능기여도	고정	등·허리뼈부	운동기능기여도	고정				
Occiput-C1	13		T10-T11	9					
C1-C2	10		T11-T12	12					
C2-C3	8		T12-L1	12					
C3-C4	13		L1-L2	12					
C4-C5	12		L2-L3	14					
C5-C6	17		L3-L4	15					
C6-C7	16		L4-L5	17					
C7-T1	6		L5-S1	20					
합계	95		합계	111					
변형 정도	척추뒤굽음 ()도		척추옆굽음 ()도						
척추의 운동 범위 (A.M.A식) ※ 강직성 척추질환인 경우 기재하세요.	부위	목뼈부(340도)			등·허리뼈부(240도)				
	측정방법	정상범위	운동가능범위	정상범위	운동가능범위				
	전굴	45도		90도					
	후굴	45도		30도					
	좌굴	45도		30도					
	우굴	45도		30도					
	좌회전	80도		30도					
	우회전	80도		30도					

※ 첨부 가능한 자료(예, 검사결과, 의무기록 등)는 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: _____ 의사면허번호: _____ 전문과목: _____ 의사 성명: _____ (서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

국민연금(사지마비 장애) 소견서

성 명		생년월일							성별	[]남 []여	
마 비	원인부위	뇌성, 척수성, 말초신경성, 근(육)성, 기타									
	마비종류	지각마비, 운동마비									
	기 타	배변, 배뇨장애: 유(수의적, 불수의적 조절), 무 불수의적 배뇨장애인 경우: 카테터의 유지(), 간헐적 도뇨(CIC)(), 기타형태()									
식물인간 판단 (해당 항목에 V표 하세요.)	증 상									해당 여부	
	1. 시각, 청각, 촉각, 후각의 자극에 대해 지속적이고 반복적이며 의도적이거나 자발적인 행동반응의 증거가 없다.										
	2. 자신이나 환경에 대한 인식 증거가 없고 타인과 상호작용을 못한다.										
	3. 언어를 이해하지 못하거나 표현하지 못한다.										
	4. 각성과 수면 주기에 의한 간헐적 각성이 있다.										
	5. 뇌신경과 척수신경의 기능이 부분적으로 보존되어 눈을 움직이거나 미소를 지을 수 있다.										
※ 유의사항: 4, 5항은 제시된 기준보다 장애상태가 심한 경우도 해당											
호엔야척도 점수 결과											
일상 동작의 장애정도	세수하기: 수건을 짜기: 끈을 매기: 상의를 입고 벗기: 잡기(신문지를 뽑아 낼 수 있다) 우: 좌: 쥐기(둥글게 한 주간지를 빼낸다) 우: 좌: 손가락으로 식사하기 우: 좌: 얼굴에 손바닥을 붙이기 우: 좌: 바지의 앞자크 열기 우: 좌: 엉덩이에 손 갖다 대기 우: 좌: 작은 단추 끼기 우: 좌:				일어서기: 걷 기: 계단오르기: 계단내려가기: 대중교통이용하기(지하철): 한쪽발로 서기 우: 좌: ※ 표시요령: 보조용구를 사용하지 않은 상태에서 혼자서 잘 할 수 있을 때: 5 혼자서 조금 할 수 없을 때: 4 혼자서 보통 할 수 없을 때: 3 혼자서 거의 할 수 없을 때: 2 혼자서 전혀 할 수 없을 때: 1						
	보조기 사용상황: 항상, 필요시, 필요없음 사용보조기종류:										
	상하지 근력 등급 MMT (6등급)	상지			하지						
		구분	우	좌	구분	우	좌				
		어깨관절			엉덩관절						
팔꿈치관절				무릎관절							
※ 표시요령: normal: N good: G fair: F poor: P trace: T zero: Z											
기타 장애상태	언어장애가 있는 경우는 해당란에 ○표 1. 일상대화를 누가 들어도 이해함. 2. 전화에 의한 대화를 가족은 이해할 수 있으나 타인은 이해할 수 없음. 3. 일상대화를 가족은 이해할 수 있으나 타인은 이해할 수 없음. 4. 일상대화를 누가 들어도 이해할 수 없음.										
	운동성() 감각성() 전실어증()										

※ 첨부 가능한 자료(예, 검사결과, 의무기록 등)는 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: 의사면허번호: 전문과목: 의사 성명: (서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

국민연금(정신·신경계통 장애) 소견서

성명		생년월일						성별	[]남 []여
장애종류 (해당 항목에 V표 하세요.)		[]정신장애 []치매 등 []뇌전증 []기타 ()							
입원기간				
현재 투약 내용									
공 통	구분	검사일			검사결과				
	뇌영상촬영(CT, MRI)								
	임상심리평가검사								
	치매척도검사								
	보호자 관리 필요 유무 (해당 항목에 V표 하세요.)	보호자의 지속적인 관리 필요							
	보호자의 간헐적인 관리 필요								
	보호자의 관리 불필요								
※ 뇌전증으로 인한 장애 시 아래의 소견을 추가하여 기재해 주세요.									
뇌 전 증	뇌전증 증후군명	있음(구체적으로 기술)			확실치 않음				
	뇌파검사 이상유무	있음			없음		시행하지 않음		
	적극적인 치료의 증거	사용약물			순응도				
					좋음		나쁨		
	발작의 형태 및 횟수	발작형태			횟수				
			중증(회/월)		경증(회/월)				
기타 의사소견									

※ 첨부 가능한 자료(예, 검사결과, 의무기록 등)는 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: 의사면허번호: 전문과목: 의사 성명: (서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

국민연금(호흡기 장애) 소견서

	성 명		생년월일							성별		[]남 []여
검 사 항 목	폐기능 검사	검사일	1초시 강제날숨량(FEV ₁)	폐확산능(DLCO)				강제폐활량(FVC)				
	※ 폐기능검사는 1회 검사시 3차례 시행된 검사결과 중 가장 좋은 결과 값 기재											
		동맥혈 가스분석검사 (ABGA)	검사일					동맥혈산소분압 (PaO ₂)	_____mmHg			
※ 동맥혈 산소분압은 산소를 흡입하지 않으면서 평상시 대기 중에서 안정시에 실시한 동맥혈 가스분석의 측정치												
	흉부 X선 사진											
	흉부 CT											
호흡곤란 장애정도		장 애 정 도 (해당 항목에 V표 하세요.)										
		안정시에도 산소요법을 받아야 할 정도의 호흡곤란이 있는 자										
		집안에서 이동시에도 호흡곤란이 있는 자										
		평지에서 보행시에도 호흡곤란이 있는 자										
산소요법		24시간 재택산소요법					해당 [] 미해당 []		산소용량 () L			
		기타 산소요법										
폐이식 수술일		년 월 일										
기타 의사소견												

※ 첨부 가능한 자료(예, 검사결과, 의무기록 등)는 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: _____ 의사면허번호: _____ 전문과목: _____ 의사 성명: _____ (서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

국민연금(신장 장애) 소견서

성명		생년월일							성별	[] 남 [] 여
용어 정의	※ 만성신부전의 초진일이란? - 다음 중 하나에 해당하는 때(단, 두 가지를 충족하는 경우는 우선하는 날을 초진일로 인정함) ① 혈청 크레아티닌이 3개월 동안 비정상범주에 2회 이상 해당하는 경우 그 2회 중 1회에 해당하는 때 ② 혈청 크레아티닌이 비정상범주이고 사구체여과율이 60ml/min 미만인 때(사구체여과율 검사결과가 없을 경우 사구체여과율추정치로 계산)									
	※ 최초 투석일이란? - 지속적인 투석요법을 처음 시작한 날									
	※ 완치일이란? - 지속적인 투석요법을 처음 시작한 날로부터 3개월이 경과한 날 - 신장이식 수술일로부터 6개월이 경과한 날									
투석 종류 (해당 항목에 √표 하세요.)		[] 혈액투석 [] 복막투석		최초 투석일		년 월 일				
				신장이식 수술일		년 월 일				
검사항목	검사명	검사 시점		검사일		검사 결과				
	혈청 크레아티닌 검사(Cr)	초진 시점				() mg/dl				
		1년 6개월 시점				() mg/dl				
		완치 시점	투석 후 3개월				() mg/dl			
			신이식 후 6개월				() mg/dl			
		최근 시점				() mg/dl				
	사구체여과율(GFR) ※ 만성신부전의 초진 시점만 기재	적용 공식		검사일		검사 결과				
			[] MDRD-GFR(ml/min/1.73m ²)							
	검사명	검사일		검사 결과						
	혈색소량(Hb)			() g/dl						
알부민(Alb)			() g/dl							
칼슘(Ca)			() mg/dl							
인(P)			() mg/dl							
기타 의사소견										

※ 최근 3개월 내에 시행한 검사결과 중 가장 병상을 적절히 나타내는 검사성적을 근거로 작성하고 근거자료(예, 검사결과, 의무 기록 등)를 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: _____ 의사면허번호: _____ 전문과목: _____ 의사 성명: _____ (서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

국민연금(간 장애) 소견서

성 명		생년월일						성별	[]남 []여
-----	--	------	--	--	--	--	--	----	-----------

※ 장애상태(년 월 일 현재) (해당 항목에 √표 하세요.)

< A표: 만성 간질환의 증상 중증도 구분표 >

중증도	임 상 증 상	해당 항목
1	1) 난치성 복수가 지속하는 경우	
	2) 4등급의 간성뇌증이 있거나 만성간성뇌증이 있는 경우	
	3) 치료에 반응하지 않는 정맥류 출혈이 있는 경우	
	4) 제1형 간신증후군이 있는 경우	
2	1) 3등급의 복수가 지속하는 경우	
	2) 3등급의 간성뇌증이 있거나 간성뇌증이 반복하는 경우	
	3) 정맥류 출혈이 반복되는 경우	
	4) 자발성세균성복막염이 반복되는 경우	
	5) 제2형 간신증후군이 있는 경우	
3	1) 2등급의 복수가 지속하는 경우	
	2) 1,2등급의 간성뇌증이 있는 경우	
	3) 정맥류 출혈이 발생하였거나 정맥류 출혈의 과거력이 있는 경우	
	4) 자발성세균성복막염이 발생하였거나 자발성세균성복막염의 과거력이 있는 경우	
4	1) 1등급의 복수가 있는 경우	
	2) 정맥류가 존재하는 경우	
	3) 합병증으로 수술적 치료를 받았던 경우	

< B표: 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) > (※ 해당 항목에 점수 기재하세요.)

구 분	1점	2점	3점	해당 항목
혈청 빌리루빈(mg/dl)	<2.0	2.0~3.0	>3.0	
혈청 알부민(g/dl)	>3.5	2.8~3.5	<2.8	
프로트롬빈시간연장(초)	<4	4~6	>6	
INR	<1.7	1.7~2.3	>2.3	
복수	없음	1등급 또는 2등급	3등급 또는 난치성	
간성뇌증	없음	1등급 또는 2등급	3등급 또는 4등급	

※ 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) A등급은 5~6점, B등급은 7~9점, C등급은 10점 이상으로 분류한다.

< C표: 일반상태 구분표 >

구 분	일 반 상 태	해당 항목
1	경도의 증상이 있고 육체노동은 제한을 받지만 보행, 가벼운 노동과 앉아서 하는 일(가사, 사무 등)은 할 수 있다.	
2	보행과 신체주위의 일은 할 수 있지만 때로 조금의 도움이 필요하고 가벼운 노동을 할 수 없으며 깨어 있는 시간의 50% 이상을 누워 있다.	
3	신체주위의 일은 할 수 있지만 때때로 도움이 필요하고 깨어 있는 시간의 50% 이상을 누워 있다.	
4	신체주위의 일도 할 수 없고 항상 도움이 필요하며 종일 누워 있어야 한다.	

간이식 수술일	년 월 일
기타 의사소견	

※ 최근 3개월 내에 시행한 검사결과 중 가장 병상을 적절히 나타내는 검사성적을 근거로 작성하고 근거자료(예, 검사결과, 의무 기록 등)를 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: 의사면허번호: 전문과목: 의사 성명: (서명 또는 인)

국민연금(복부·골반장기 장애) 소견서

성명		생년월일							성별	[]남 []여
(해당 항목에 √표 하세요.)										
장루 보유수	[] 1개 [] 2개 이상									
장루, 요루 종류 및 예후	[] 장루 ([] 영구, [] 비영구) [] 요루 ([] 영구, [] 비영구)									
장루합병증	[] 없음 [] 탈출(Prolapse) [] 탈장(Peristomal hernia) [] 장루 주위 피부 병변(Peristomal Skin irritation) [] 장루 주위 누공(fecal fistula)									
배뇨상태	[] 카테터의 유지가 항상 필요한 자 [] 완전 요실금이 있는 자 [] 인공방광을 가지고 있는 자 [] 간헐적 도뇨(CIC)의 시행이 필요하며, 요역동학검사 결과 배뇨근 수축력이 없거나 현저히 떨어진 자 [] 간헐적 도뇨(CIC)의 시행이 필요하며, 요역동학검사 결과 배뇨근 과활동이 있으면서 배뇨근과 괄약근의 부조화 소견이 있는 자									
임상증상	구분	임상증상							해당 항목	
	1	소화흡수 기능장애, 국소장기 기능장애 또는 악액질로 인하여 체중이 건강시의 65% 이하로 감소된 경우								
	2	소화흡수 기능장애, 국소장기 기능장애 또는 악액질로 인하여 체중이 건강시의 75% 이하로 감소된 경우								
	3	소화흡수 기능장애, 국소장기 기능장애 또는 악액질로 인하여 체중이 건강시의 85% 이하로 감소된 경우								
	체중	건강시:	kg	진단시:	kg	경과시점:	kg	청구시점:	kg	키:
일반상태	구분	일반상태							해당 항목	
	1	경도의 증상이 있고 육체노동은 제한을 받지만 보행, 가벼운 노동과 앉아서 하는 일(가사, 사무 등)은 할 수 있다.								
	2	보행과 신체주위의 일은 할 수 있지만 때로 조금의 도움이 필요하고 가벼운 노동을 할 수 없으며 깨어 있는 시간의 50% 이상을 누워 있다.								
	3	신체주위의 일은 할 수 있지만 때때로 도움이 필요하고 깨어 있는 시간의 50% 이상을 누워 있다.								
	4	신체주위의 일도 할 수 없고 항상 도움이 필요하며 종일 누워 있어야 한다.								
검사항목	구분	검사일	검사결과							
	혈색소량(Hb)		[] 10 미만	[] 8 미만	[] 6 미만					
	알부민(Alb)		[] 3 미만	[] 2.5 미만	[] 2 미만					
	내시경검사									
	조직검사									
	컴퓨터단층촬영(CT)									
	자기공명영상(MRI)									
	기타 검사									
기타 의사소견										

※ 최근 3개월 내에 시행한 검사결과 중 가장 병상을 적절히 나타내는 검사성적을 근거로 작성하고 근거자료(예, 검사결과, 의무 기록 등)를 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: _____ 의사면허번호: _____ 전문과목: _____ 의사 성명: _____ (서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

국민연금(안면 장애) 소견서

성 명		생년월일						성별	[]남 []여
(해당 항목에 √ 표 하세요.)									
< 노출된 안면부 >									
구 분	안면 부위	변형 정도						해당 항목	
1	노출된 안면부	손바닥 크기의 4배 이상 변형							
		손바닥 크기의 2배 이상 변형							
		손바닥 크기의 변형							
2	코의 형태	2/3 이상이 없어짐							
		1/2 이상이 없어짐							
3	두 눈의 안검형태	2/3 이상이 없어짐							
		1/2 이상이 없어짐							
4	입 주위의 형태	2/3 이상이 없어짐							
		1/2 이상이 없어짐							
※ 변형부위의 측정방법: 면상반흔의 전체적인 반흔형태를 가로와 세로로 구분하여 가장 긴 길이와 이에 수직이 되는 폭(세로)의 가장 긴 길이를 곱하여 산정 ※ [노출된 안면부]란 전두부와 측두부, 이개후부의 모발선과 정면에서 보았을 때 경부전면과 후면을 구분하는 수직 선을 연결한 선을 경계로 얼굴, 귀, 목의 앞면을 포함함 ※ [손바닥 크기]라 함은 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 8x10cm로 면적기준 80cm ² 를 의미									
검 사 항 목	검 사 명	검사일	검 사 결 과						
	방사선사진								
	CT/MRI								
	전면·양쪽 3/4측면을 촬영한 사진								
안 면 수 술	수술이력								
	최종수술일		장애상태 호전 가능성 유 [] 무 []						
기타 의사소견									

※ 첨부 가능한 자료(예, 검사결과, 의무기록 등)는 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: _____ 의사면허번호: _____ 전문과목: _____ 의사 성명: _____ (서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

