

## 참고 2 장애유형별 장애심사 구비서류 안내

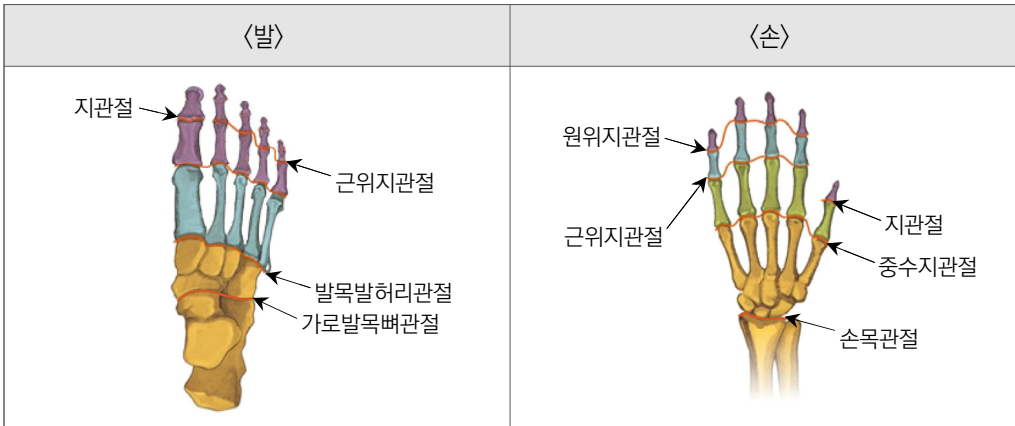
- ※ 최초 장애진단 시 이전 진료기록지 및 검사결과지를 이용하고 무조건 새로이 검사를 시행하지 않음에 유의
- ※ 의무적[장애유형별 의무적 재판정 및 장애진단서(장애정도 심사용 진단서)상 기재된 재판정 재판정, 직권재판정 장애진단 시 뇌병변장애, 척수병변(질환)을 제외하고 모든 장애유형별 필요한 검사 새로이 시행하여야 함

### 지체장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

**□ 세부유형 : 상하지 절단장애**

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 절단 부위 및 진단소견 기재
2. 검사자료	- 절단 부위 확인이 가능한 X-ray 사진

**☞ 추가 안내사항**



※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.

**[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]**

- X-선 촬영시설이 있는 의료기관의 의사

#### 최저 장애정도 기준

- \* 상지 절단장애**
  - 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 사람
  - 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
  - 한 손의 셋째, 넷째 그리고 다섯째손가락 모두를 각각 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
- \* 하지 절단장애**
  - 두 발의 엄지발가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 발가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
  - 한 다리를 발목발허리관절 이상 부위에서 잃은 사람

□ 세부유형 : 상하지 관절장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 장애부위(관절) 및 정도, 원인상병, 발생 시기에 대한 소견 기재
2. 소견서	- 지체장애용(관절장애) 소견서(규정서식 사용) 제출 : 장애가 있는 관절의 관절운동범위 기재
3. 검사결과지	X-ray 사진 ※ 필요시 제출(기 시행한 경우 제출) - 근전도 검사 결과 - 관절운동범위(ROM) 검사결과지 ※ 복합부위통증증후군의 경우, 골스캔 검사를 포함한 이영양성 변화(관절구축, 근위축 등) 등을 확인할 수 있는 자료
4. 진료기록지	- 경과기록지 : 발병 당시 및 최근 6개월 기록 모두 제출 단, 복합부위통증증후군의 경우 진단 당시 및 최근 2년 이상의 기록 제출 ※ [원인상병(진단명)과 치료경과를 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보유자료 제출]
<p>☞ 추가 안내사항</p> <p>- 상하지기능장애로 심사 의뢰되었으나 상하지 관절 운동범위를 고려하여 관절장애로 결정한 건 ⇒ 상하지기능장애 판정기준에 의거 심사진행 되므로 상하지기능장애 구비서류 제출</p> <p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<p>- X-선 촬영시설 등 검사장비가 있는 의료기관의 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 소아청소년과(신경분과) 또는 내과(류마티스분과), 마취통증의학과(CRPS 상병인 경우) 전문의</p>	

최저 장애정도 기준
<p><b>* 상지 관절장애</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 감소된 사람</li> <li>- 한 팔의 3대 관절 중 한 관절의 운동범위가 50% 이상 감소된 사람</li> <li>- 한 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 50% 이상 감소된 사람</li> <li>- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람</li> <li>- 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 50% 이상 감소된 사람</li> <li>- 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람</li> </ul> <p><b>* 하지 관절장애</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 감소된 사람</li> <li>- 한 다리의 엉덩관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50% 이상 감소된 사람</li> <li>- 한 다리의 발목관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람</li> <li>- 두 발의 모든 발가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람</li> </ul>

□ 세부유형 : 하지 관절장애(동요관절이 있는 경우)

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 관절의 동요가 있는 부위, 수술 유무, 건축(정상 부위)과 비교한 동요(기능 상실) 정도, 보조기 착용 유무 기재
2. 검사결과지	- 환측(장애부위)과 건측(정상부위)의 STRESS VIEW(스트레스 뷰) 방사선 검사 ※ 동요(기능 상실)정도를 확인할 수 있어야 함 - MRI(자기공명 영상촬영) 영상자료(보유한 경우만 제출) ※ 인대파열 등 손상정도를 확인할 수 있어야 함
3. 진료기록지	- 발생(수술)당시 및 최근 6개월 진료기록지(경과기록지) (보유한 경우 제출)
<p>☞ 추가 안내사항</p> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><b>* 동요관절 측정방법</b></p> <p>- 객관적인 측정법은 장애부위의 무릎관절 동요를 측정하고 정상부위의 무릎관절 동요를 차감하여 결정하되, <b>전방십자인대 파열인 경우에는</b> 무릎관절을 20-30도 굴곡시킨 상태에서 스트레스 방사선 촬영하고, <b>후방십자인대 파열인 경우에는</b> 무릎관절을 약 70-90도 굴곡시킨 상태에서 스트레스 방사선을 촬영한다.</p> </div> <p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<p>- X-선 촬영시설 등 검사장비가 있는 의료기관의 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 소아청소년과(신경분과) 또는 내과(류마티스분과) 전문의</p>	

**최저 장애정도 기준**

- 동요관절은 객관적인 측정법에 의해 관절의 전방 10mm 또는 후방 10mm 이상의 동요관절이 있어 보조기를 착용하여야 하는 경우

□ 세부유형 : 관절장애(인공관절치환술 시행 후 예후가 불량한 경우)

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 인공관절치환술을 시행한 부위, 수술일, 시행 후 예후(상태)가 불량한 구체적인 소견을 기재
2. 검사결과지	- X-ray나 뼈스캔 사진 등의 영상자료 ※ 인공관절치환술 시행 후 상태가 <u>불량함이 확인되어야함</u> [예시 : 뚜렷한 골용해, 삼입물의 이완, 중등도 이상의 불안정 또는 강직, 염증 소견]
3. 진료기록지	- 경과기록지 : 발병 당시 및 최근 6개월 기록 모두 제출 ※ [원인상병(진단명)과 치료경과를 확인할 수 있어야 하며, <u>기간이 부족한 경우 보유자료 모두 제출</u> ]
<p>☞ 추가 안내사항</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>* 유의사항</b></p> <p>- <u>요골두치환술(팔꿈치뼈)이나 무릎관절의 부분치환술은 인공관절치환술에 해당하지 않음.</u></p> </div> <p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p> </div> <p>- X-선 촬영시설 등 검사장비가 있는 의료기관의 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 소아청소년과(신경분과) 또는 내과(류마티스분과) 전문의</p>	

**최저 장애정도 기준**

**\* 인공관절치환술 시행 후 예후가 불량한 경우**

- 뚜렷한 골용해, 삼입물의 이완, 중등도 이상의 불안정 또는 강직, 염증소견이 뼈스캔 사진 등 영상 자료로 확인되는 경우

□ 세부유형 : 하지 관절장애(습관성 탈구가 있는 경우)

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 습관성 탈구 부위(관절), 발생 시기, 탈구 빈도 기재
2. 검사결과지	- 습관적인 탈구 상태를 확인할 수 있는 영상 자료
3. 진료기록지	- 습관성탈구로 인한 장애상태를 확인할 수 있는 최근 6개월 진료기록지
<p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<p>- X-선 촬영시설 등 검사장비가 있는 의료기관의 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 소아청소년과 (신경분과) 또는 내과(류마티스분과) 전문의</p>	

최저 장애정도 기준
<p>- 습관적인 탈구의 정도가 심하여 일상생활에 심각한 지장을 받는 사람 (단순한 습관성 탈구 제외)</p>

□ 세부유형 : 상하지 기능장애(마비로 인해 팔·다리를 움직이기 어려운 경우)

구비서류	필수 기재사항 및 종류		
1. 장애정도 심사용 진단서	- 원인상병(진단명), 발생 시기, 장애 부위, 마비 및 기능 정도를 기재 ※ 척수병변(질환)으로 인한 팔, 다리 마비 상태인 경우도 같은 내용 기재		
2. 소견서	- <b>지체장애용</b> (상·하지 기능장애, 척추장애) <b>소견서(규정서식 사용)</b> ※ [상하지 각 부위별 근력등급(근육 수축에 의하여 생기는 근육의 힘), 근경직(근육 긴장의 항진 상태) 등급, 기능(운동)정도 기재 ▶ 단, 근위축성측삭경화증의 경우 증상에 따라 소견서 구분 - 상하지우세타입 : 지체장애용 소견서 - 연수우세타입* : 뇌병변장애용 소견서 * 구음장애와 연하장애 증상이 객관적으로 확인되는 경우 등		
3. 검사결과지	1. 말초 신경 손상	2. 척수병변(질환)	3. 근육병 등 기타
	- 근전도검사결과지 (신경전도검사, 침근전도) - 도수근력검사결과지 (보유한 경우 제출)	- CT, MRI 등 척수병변(질환) 부위 영상자료 - 근전도검사결과지 (신경전도검사, 침근전도, 유발전위검사) - 도수근력검사결과지 (보유한 경우 제출)	- 진단서 검사결과지 (유전자검사, 근전도 등) - 도수근력검사결과지 (보유한 경우 제출) - 일반칼라사진 (근위축 확인 필요시)
4. 진료기록지	- 발병 당시 및 최근 6개월간의 경과기록지 및 입퇴원요약지, 재활치료기록지 및 평가기록지 단, 복합부위통증증후군의 경우 진단 당시 및 최근 2년 이상의 기록 제출 ※ [원인상병(진단명)과 치료경과, 장애상태 등을 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보유자료 제출]		
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.			
<b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b>			
- X-선 촬영시설 등 검사장비가 있는 의료기관의 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 소아청소년과(신경분과) 또는 내과(류마티스분과), 마취통증의학과(CRPS 상병인 경우) 전문의			

최저 장애정도 기준
<p><b>* 상지 기능장애</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 한 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)</li> <li>- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)</li> <li>- 한 손의 엄지손가락을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)</li> <li>- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)</li> <li>- 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두를 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)</li> </ul> <p><b>* 하지 기능장애</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 한 다리를 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)</li> <li>- 두 발의 모든 발가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)</li> <li>- 한 발목의 마비로 굴곡 또는 신전 기능이 모두 소실된 사람(근력등급 0, 1)</li> </ul>

□ 세부유형 : 척추장애(척추고정 수술을 시행한 경우)

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 고정술을 시행한 부위와 진단소견 기재
2. 검사결과지	- X-ray 사진 또는 CT(전산화단층촬영) 자료 중 1개 필수 제출 ※ <u>최근의</u> 고정술을 받은 척추 분절(마디)을 확인할 수 있어야 함
3. 진료기록지	- 수술기록지
<p>☞ 추가 안내사항</p> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><b>* 척추 고정술</b></p> <p>- 나사못 등 2개 이상의 기구로 척추분절을 연결하여 묶거나, 골이식으로 척추분절을 붙여 움직임이 없도록 고정시키는 수술</p> </div> <p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</p> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;">[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</div> <p>- X-선 촬영시설 등 검사장비가 있는 의료기관의 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, <u>소아청소년과</u> (신경분과) 또는 내과(류마티스분과) 전문의</p>	

최저 장애정도 기준
<p>- 목뼈 또는 등·허리뼈의 운동범위가 정상의 1/5 이상 감소된 사람</p> <p>※ 척추장애는 고정술 시행한 경우 또는 강직성척추질환으로 척추부가 완전히 융합된 경우에 한정하여 장애인 등록 가능함</p>

□ 세부유형 : 척추장애(강직성 척추질환)

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 원인상병(진단명), 강직된 척추부위, 강직정도와 척추의 운동범위 및 진단소견 기재
2. 소견서	- 지체장애용(상·하지 기능장애, 척추장애) 소견서(규정서식 사용) ※ 목뼈부 또는 등·허리뼈부의 척추운동 범위 기재
3. 검사결과지	- 척추 X-ray 사진(AP/LAT) 또는 기 촬영한 최근 CT(전산화단층 촬영) 자료 제출
4. 진료기록지	- 경과기록지 : 보유 시 제출 ※ 원인상병(진단명)과 치료경과를 확인할 수 있어야 함
<p>☞ 추가 안내사항</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>* 강직성 척추질환</b></p> <p>- 척추 마디가 붙으면서 딱딱해지고 척추 움직임이 제한되는 질환</p> </div> <p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<p>- X-선 촬영시설 등 검사장비가 있는 의료기관의 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, <u>소아청소년과(신경분과)</u> 또는 내과(류마티스분과) 전문의</p>	

최저 장애정도 기준
<p>- 강직성 척추질환으로 목뼈 또는 허리뼈가 완전 강직된 사람</p> <p>※ 척추장애는 고정술 시행한 경우 또는 강직성척추질환으로 척추부가 완전히 유합된 경우에 한정하여 장애인 등록 가능함</p>



□ 세부유형 : 변형장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 양다리 길이 차이 또는 척추 굽음(만곡) 각도 또는 신장(왜소증)에 관한 소견 기재
2. 검사결과지	- 장애상태별로 다음의 검사결과지 제출 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 다리 길이 차이인 경우 : SCANOGRAM 등의 X-ray 사진</li> <li>• 척추 변형(만곡)인 경우 : 척추의 X-ray 사진</li> <li>• 왜소증인 경우 : 신장(키)을 확인할 수 있는 전신 신장계 일반사진 또는 SCANOGRAM 등의 X-ray 사진</li> </ul>
3. 진료기록지	- 경과기록지 : 보유 시 제출 ※ 원인상병(진단명)과 치료경과를 확인할 수 있어야 함

☞ 추가 안내사항

**\* SCANOGRAM(스캐노그램)**  
 - 길이를 확인할 수 있도록 눈금이 표시된 X-ray

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.

**[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]**

- X-선 촬영시설 등 검사장비가 있는 의료기관의 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 소아청소년과(신경분과) 또는 내과(류마티스분과) 전문의

**최저 장애정도 기준**

- 한 다리가 건강한 다리보다 5cm 이상 또는 건강한 다리의 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
- 척추옆굽음증(척추측만증)이 있으며, 굽은 각도가 40도 이상인 사람
- 척추뒤굽음증(척추후만증)이 있으며, 굽은 각도가 60도 이상인 사람
- 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145cm 이하인 사람
- 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140cm 이하인 사람
- 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람. 다만 이 경우는 만 2세 이상에서 적용 가능

**뇌병변장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 뇌출혈, 뇌경색 등 뇌병변

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 이학적 검사소견(근력등급, 근경직정도 등), 수정바델지수(보행과 일상생활동작의 수행능력 점수) 진단소견 기재
2. 소견서	- 뇌병변장애용 소견서(규정서식 사용) ※ 근력등급(근육 수축에 의하여 생기는 근육의 힘), 근경직(근육 긴장의 항진 상태)정도, 수정바델지수 기재
3. 검사결과지	- 장애상태별로 다음의 검사결과지 제출 • 뇌경색, 뇌손상의 경우 : MRI(자기공명영상촬영) 영상자료 • 뇌출혈의 경우 : CT(전산화단층촬영) 자료 ⇒ 새로이 촬영하지 않고 기존 촬영했던 영상 자료 사본 제출 ※ 소아의 경우 뇌성마비 대운동 기능 분류 시스템(GMFCS), 대운동 기능평가(GMFM), 베일리발달검사 등 검사결과지가 있는 경우 모두 제출
4. 진료기록지	- 발생 당시 및 최근 6개월간의 자료 : 경과기록지, 입퇴원요약지, 재활치료기록지 및 평가기록지 ※ [원인상병(진단명)과 치료경과, 장애상태 등을 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보완자료 제출]
※ 검사결과지 또는 진료기록지(입퇴원요약지, 경과기록지, 재활치료기록지, 재활평가지, 간호기록지 등) 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.	
<b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b>	
- 의료기관의 재활의학과, 신경외과, 신경과, 소아청소년과(신경분과) 전문의	

**최저 장애정도 기준**

- 보행과 대부분의 일상생활동작을 자신이 수행하나 간혹 수행 시간이 느리거나 양상이 비정상적인 때가 있으며 수정바델지수가 96점 이하인 사람
- ※ 뇌병변으로 보행과 일상생활동작을 정상적으로 하기 어려운 경우에 해당함

□ 세부유형 : **소아뇌병변 등**

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 뇌성마비에 대한 구체적인 이학적 검사소견(뇌성마비 유형, 근력등급, 근경직정도 등)과 수정바델지수(보행과 일상생활동작의 수행능력 점수), 진단소견 기재 ※ 의사가 수정바델지수를 검사를 할 수 없는 연령으로 판단한 유아는 정상 아동과 비교한 발달지연 정도를 구체적으로 기재
2. 소견서	- <b>뇌병변장애용 소견서(규정서식 사용)</b> ※ 근력등급(근육 수축에 의하여 생기는 근육의 힘), 근경직(근육 긴장의 항진 상태)정도, 수정바델지수 기재
3. 검사결과지	- <b>MRI(자기공명영상촬영) 등 뇌영상 자료(보유한 경우만 제출)</b> - (필요시) <b>일반 칼라 사진</b> : 근위축(근육손상)을 확인하기 위한 자료로 제출 가능 ※ <b>발달검사결과지</b> : 의사가 수정바델지수 검사를 할 수 없는 연령으로 판단한 유아는 필수 제출 ※ <b>소아의 경우</b> 뇌성마비 대운동 기능 분류 시스템(GMFCS), 대운동 기능평가(GMFM), 베일리발달검사 등 검사결과지가 있는 경우 모두 제출
4. 진료기록지	- 발생 당시 및 최근 6개월간의 자료 : 경과기록지, 입퇴원요약지, 재활치료기록지 및 평가기록지 ※ [원인상병(진단명)과 치료경과, 장애상태 등을 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보유자료 제출]
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.	
<b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b>	
- 의료기관의 재활의학과, 신경외과, 신경과, 소아청소년과(신경분과) 전문의	

**최저 장애정도 기준**

- 보행과 대부분의 일상생활동작을 자신이 수행하나 간혹 수행 시간이 느리거나 양상이 비정상적인 때가 있으며 수정바델지수가 96점 이하인 사람
- ※ 뇌병변으로 보행과 일상생활동작을 정상적으로 하기 어려운 경우에 해당함

□ 세부유형 : 파킨슨 질환

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 최근 1년간의 증상을 관찰한 중증정도, 약복용 종류 및 기간, 약 복용 전·후 증상 등을 구체적으로 기록하고 그에 따른 장애상태 기재
2. 소견서	- <b>뇌변장장애용 소견서(규정서식 사용)</b> ※ 파행보행 양상, 진전과 경직 등의 증상 정도, 호엔야척도(파킨슨 질환 진행 정도를 나타내는 검사) 점수, 치료 반응, 수정바델지수(보행과 일상생활 동작의 수행능력 점수)가 기재되어야 함
3. 검사결과지	- <b>호엔야척도 검사결과지</b> (파킨슨 질환 진행 단계 검사) - <b>UPDRS(파킨슨 질환 척도 검사) 검사결과지</b> : 보유한 경우만 제출
4. 진료기록지	- <b>경과기록지, 퇴원요약지 위주의 진료기록</b> : 발병 당시 1개월 및 최근 1년간의 진료기록 모두 제출(의사가 작성한 것) - <b>단일광자전산화단층촬영(SPECT) 또는 양전자단층촬영(PET) 등 뇌영상 자료</b> (보유한 경우만 제출) - <b>투약기록지</b> : 최근 1년간의 약물명, 용량, 투약횟수를 확인할 수 있는 기록 모두 제출 ※ 경과기록지 및 입퇴원요약지 위주의 진료기록에 투약기록이 없는 경우 투약 처방지, 또는 투약기록을 확인할 수 있는 간호기록지 제출 ※ 진단명, 치료기간 및 경과, 최근의 중증정도, 약물 복용종류 및 기간, 장애 정도를 확인할 수 있어야 함 ※ <b>초진기록지</b> : 파킨슨 질환으로 진단받은 초진기록지
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.	
<b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b>	
- 의료기관의 재활의학과, 신경외과, 신경과, 소아청소년과(신경분과) 전문의	

**최저 장애정도 기준**

- 보행과 대부분의 일상생활동작을 자신이 수행하나 간혹 수행 시간이 느리거나 양상이 비정상적인 때가 있으며 수정바델지수가 96점 이하인 사람  
※ 뇌변으로 보행과 일상생활동작을 정상적으로 하기 어려운 경우에 해당함

**시각장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 시력장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 최대 교정시력(굴절력)과 진단소견을 기재
2. 소견서	- 시각장애용 소견서(규정서식 사용)
3. 검사결과지	- <b>전안부 사진</b> : 각막 또는 수정체 이상, <b>의안</b> 이 장애의 원인인 경우 - <b>칼라 안저사진</b> : 당뇨망막병증, 녹내장 등과 같이 망막 또는 시신경이 장애의 원인인 경우 ※ <b>시신경 손상</b> 의 경우 <b>시유발전위검사* 결과지</b> 제출 필요 (장애심사 과정에서 빛간섭단층촬영검사 등의 추가검사가 필요하여 보완 요청할 수 있음)
4. 진료기록지	- <b>주요 경과기록지 및 퇴원요약지</b> : 최근 <b>6개월간</b> 의 진료기록 중 <b>의사가 쓴 것으로</b> 제출 ※ [원인상병(진단명), 치료경과, 장애상태를 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보완한 만큼 모두 제출함]
<p>☞ 추가 안내사항</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p><b>* 시유발전위검사</b></p> <p>- 눈이 빛이나 문양(무늬)에 의해 자극을 받을 때 대뇌의 시각인지 부위에서 일어나는 반응을 기록한 검사</p> </div> <p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<p>- 시력 또는 시야결손정도, 겹보임(복시) 정도의 측정이 가능한 의료기관의 안과 전문의</p>	

**최저 장애정도 기준**

- 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
- 좋은 눈은 0.2 초과하나, 나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

□ 세부유형 : 시야장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 일정 각도 내의 시야상태를 보기 위해 골드만시야계 또는 험프리시야계 등 공인된 시야계로 측정된 시야제한 정도와 최대교정시력(굴절력) 및 진단소견 기재
2. 소견서	- 시각장애용 소견서(규정서식 사용)
3. 검사결과지	- 망막(안저)사진, 시야검사결과지 등 모두 제출 ※ 장애심사 과정에서 빛간섭단층촬영검사 등의 추가검사가 필요하여 보완 요청할 수 있음
4. 진료기록지	- 주요 경과기록지 및 퇴원요약지 : 최근 6개월간의 진료기록 중 의사가 쓴 것으로 제출 ※ [원인상병(진단명), 치료경과, 장애상태를 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보유한 만큼 모두 제출함]
<p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<p>- 시력 또는 시야결손정도, 겹보임(복시) 정도의 측정이 가능한 의료기관의 안과 전문의</p>	

최저 장애정도 기준
<p>- 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람 - 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50% 이상 감소한 사람</p>

□ 세부유형 : 겹보임(복시)

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 마비사시 혹은 제한사시로 인한 프리즘 교정 전 사시각 정도 및 진단소견 기재
2. 소견서	- 시각장애용 소견서(규정서식 사용)
3. 검사결과지	- <b>교정 후 시행한</b> 공인 동적 복시시야검사, 사시각 검사 제출 ※ 필요시 Hess Screen 및 안구 운동사진 제출
4. 진료기록지	- <b>주요 경과기록지 및 퇴원요약지 :</b> <b>최근 6개월간의 진료기록 중 의사가 쓴 것으로 제출</b> ※ [원인상병(진단명), 치료경과, 장애상태를 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보유한 만큼 모두 제출함]
<p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<p>- 시력 또는 시야결손정도, 겹보임(복시) 정도의 측정이 가능한 의료기관의 안과 전문의</p>	

**최저 장애정도 기준**

- 두 눈의 중심시야에서 20도 이내에 겹보임(복시)이 있는 사람

**청각장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 청력장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 상병명, 순음청력검사 및 청성뇌간반응검사 등 청각검사 판독 소견, 치료내용 및 수술 여부 등을 기재</li> <li>※ 어음명료도검사(3회)를 실시한 경우 해당 소견 기재</li> </ul>
2. 검사결과지	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 기도청력검사와 골도청력검사를 포함한 순음청력검사(PTA) 결과지 : 2~7일의 반복검사주기로 3회 시행</li> <li>- 청성뇌간반응검사(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 결과지</li> <li>※ 치매, 지능 저하로 의사소통이 되지 않아 순음청력검사(PTA)가 불가능한 경우는 청성뇌간반응검사(ABR)와 청성지속반응검사(ASSR) 결과지 모두 제출</li> <li>- 어음명료도 검사결과지 : 2~7일의 반복검사주기로 3회 시행 (어음명료도검사 실시한 경우 한함)</li> <li>- 이명도 검사결과지 : 2회 이상 반복시행 (심한 이명에 의한 청력 감소의 경우에 한함)</li> </ul>
3. 진료기록지	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 최근 6개월간의 진료기록지 및 처방기록지 일체</li> <li>※ 원인질환, 치료경과, 과거병력, 장애상태를 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보유한 만큼 모두 제출함</li> <li>- 심한 이명이 있는 경우에 한하여 1년 이상의 진료기록지 및 시행한 이명도 검사 결과 모두 제출</li> <li>- (필요시) 최근 2년 이내 시행한 건강검진결과지 제출</li> </ul>
<p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<p>- 방음부스가 있는 청력검사실, 청력검사 장비가 있는 의료기관의 이비인후과 전문의</p>	

**최저 장애정도 기준**

- 두 귀의 청력손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
- 두 귀에 들리는 보통의 말소리의 최대 명료도가 50 퍼센트 이하인 사람
- 한 귀의 청력손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람



□ 세부유형 : 평형기능장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 전정기관* 이상의 객관적 징후, 평형기능소실 정도, 보행과 일상생활정도 등 관련 구체적인 진단소견 기재 * 전정기관 : 귀의 가장 안쪽 부분인 내이에 위치하며 수직·수평·회전 움직임을 감지하는 기관들을 말함
2. 검사결과지	- 온도안진검사* 또는 회전일자검사** 중 1개 필수 제출 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                         * 온도안진검사 : 온도차를 이용하여 전정안구 반사를 자극하는 검사                          ** 회전일자검사 : 회전을 통해 전정기를 자극하여 나타나는 안진을 측정하여 분석하는 검사                     </div> ※ 그 외 비디오안진검사, 동적자세검사 등 시행한 검사 결과 모두 제출
3. 진료기록지	- 최근 1년 이상의 진료기록지 ※ 원인상병, 치료경과, 치료기간, 보행상태 등을 확인할 수 있어야 함
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
<b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b>	
- 방음부스가 있는 청력검사실, 청력검사 장비가 있는 의료기관의 이비인후과 전문의	

**최저 장애정도 기준**

- 평형기능 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나고 (임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 하여 진단할 수 있다) 일상에서 복합적인 신체운동이 필요한 활동이 불가능한 사람

**언어장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 언어장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 언어장애유형, 원인(진단명) 및 진단소견을 기재(말더듬, 자음정확도, 표현언어 지수, 수용언어지수가 포함되어야 함)
2. 검사결과지	<p><b>[장애유형별로 해당하는 검사결과지 제출]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>유창성장애</b> : 말더듬 심도검사, 파라다이스 유창성검사 결과지 중 1개</li> <li>- <b>조음장애</b> : 우리말 조음-운음검사 결과지(U-TAP), 아동용 발음검사(APAC) 권장, 부득이한 경우 그림자음검사 제출 [* 낱말 및 문장 자음정확도 결과 모두 표시]</li> <li>- <b>실어증</b> : 한국판 웨스턴 실어증검사(K-WAB) 결과지</li> <li>- <b>발달성 언어장애</b>: 취학 전 아동의 수용언어 및 표현언어발달 척도검사(PRES), 영유아언어발달검사(SELSI) 결과지 중 1개 제출 ※ 필요시 그림어휘력검사, 학령기아동언어검사(LSSC), 수용·표현어휘력검사(REVT)등 검사결과지 중 연령에 적합한 검사 1개 제출</li> <li>- <b>음성장애</b> : 발생(음도, 강도, 음질)의 정도를 확인할 수 있는 음성 언어검사 결과지(MDVP, CSL 등) ※ 언어치료 전·후로 시행한 언어검사결과지가 있으면 제출 ※ 언어장애의 원인이 <b>뇌의 기질적 병변에 의한 경우</b> 뇌병변을 확인할 수 있는 <b>뇌영상 자료</b>(MRI : 자기공명영상촬영, CT : 전산화단층촬영) 중 보유한 자료 추가 제출</li> </ul>
3. 진료기록지	- 언어장애 관련하여 치료받은 최근 6개월 이상의 언어치료기록지 ※ 후두를 완전히 적출한 경우 <b>수술기록지</b> 만 제출(장애정도 심사용 진단서는 당연 제출)
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
<b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료기관의 재활의학과 전문의 또는 언어치료사가 배치되어 있는 의료기관의 이비인후과, 정신건강의학과, 신경과, 소아청소년과(신경분과) 전문의</li> <li>- 음성장애는 언어재활사가 없는 경우 의료기관의 이비인후과 전문의</li> <li>- 의료기관의 치과(구강악안면외과), 치과 전속지도 전문의(구강악안면외과)</li> </ul>	

**최저 장애정도 기준**

- 발생이 부분적으로 가능한 음성장애/ 말더듬(SS: 아동 41%ile 이상, 성인 24%ile 이상, P-FA: 41%ile 이상)/ 자음정확도 75% 이하/수용언어지수 혹은 표현언어지수 65 이하인 사람

**지적장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 선천적 지적장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 지능지수 및 사회성숙지수, 진단소견 기재
2. 검사결과지	- <b>임상심리평가보고서</b> : 지능검사 결과에 대한 상세한 소견 기재 ※ 상기 표준화된 검사 결과로 최종적인 장애정도를 판정하는 것이 어려운 경우 적응지수나 발달지수가 명시된 검사결과지(베일리 영유아 발달검사, 덴버발달검사, 바인랜드 적응행동검사, 바인랜드 사회성숙도 검사 등) 1개 이상 제출 ※ 지능지수가 연령별 최저 득점으로 정확한 지능지수 산출이 어려운 경우, 비언어적 시지각구성 능력검사[시각-운동통합발달검사(VMI), 또는 벤더게 슈탈트검사(BGT)]를 추가 시행한 후 추정 지능지수가 기재된 검사결과지 제출
3. 진료기록지	- 초진 기록(지적장애 진단 시) 및 최근 6개월간 진료기록지 - 선천성 지적장애로 진료기록이 없는 경우 학적부로 대체 가능
☞ 추가 안내사항 <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p><b>* 임상심리평가보고서</b>                      - 지능검사 및 사회성숙도 검사 등을 시행한 후 보고서 형식으로 작성된 검사결과지</p> </div> <p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
- 의료기관의 정신건강의학과, 신경과, 재활의학과, 소아청소년과(신경분과) 전문의	

최저 장애정도 기준
- 지능지수가 70 이하인 사람

□ 세부유형 : 후천적 지적장애 ※ 노인성 치매는 장애 불인정

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 후천적 지적장애 발생원인, 지능지수, 진단소견 기재
2. 검사결과지	- <b>임상심리평가보고서</b> : 지능검사 결과에 대한 상세한 소견 기재 ※ 뇌손상, 뇌질환 등에 의해 지능이 저하된 경우는 MRI(자기공명영상촬영), CT(전산화단층촬영) 등의 뇌영상 자료 추가 제출
3. 진료기록지	- <b>경과기록지</b> : 발병 당시 및 최근 6개월간의 기록 모두 제출 [입원한 이력이 있는 경우 입퇴원요약지로 제출] • <b>발병 당시 입·퇴원요약지와 최근 6개월간의 경과기록지</b> (인지치료 및 인지기능 정도를 확인할 수 있는 기록 포함) ※ <b>지적장애의 원인을 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보유 자료 모두 제출</b>
<p>☞ 추가 안내사항</p> <p><b>* 임상심리평가보고서</b> - 지능검사 및 사회성숙도 검사를 시행한 후 보고서 형식으로 작성된 검사결과지</p> <p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</p> <p style="text-align: center;"><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p> <p>- 의료기관의 정신건강의학과, 신경과, 재활의학과, 소아청소년과(신경분과) 전문의</p>	

<p style="text-align: center;"><b>최저 장애정도 기준</b></p> <p>- 지능지수가 70 이하인 사람</p>
---

**정신장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 정신장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 정신질환의 진단명, 정신질환의 상태, <u>주호소 정신 증상, 정신적 능력장애 상태 등 기재</u>
2. 검사결과지	- <u>아래의 질환(진단명)은 해당 검사 제출</u> • 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애 : MRI 또는 CT 등 • 정신병증을 동반한 기면증 : 수면다원검사 등 • 투렛장애 : YGTSS 검사 등
3. 진료기록지	- 질환에 따라 초진기록지를 포함한 최근 1년 또는 2년 이상의 <u>진료기록지 및 투약기록지</u> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                     조현병, 조현정동장애, 양극성 정동장애, 재발성 우울장애 : 1년 이상                      기질성 정신장애, 강박장애, 기면증, 투렛장애 : 2년 이상                 </div> • 초진기록지 및 발병 시기부터 6개월간의 경과기록지 ※ 진단명, 주증상, 병력, 치료내역, 약물처방 및 장애상태 등을 확인할 수 있어야 함 • 장애판정 직전 1년 또는 2년 이상의 지속적인 치료내용 및 약물 처방내역 (약물명, 용량, 투약횟수, 투약기간) 및 장애상태를 확인할 수 있는 기록지 • 입원 치료받은 경우는 <b>간호기록지와 입퇴원요약지 포함</b>
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
<b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b>	
- 장애진단 직전 1년 이상 <b>지속적으로 진료한</b> 정신건강의학과 전문의 (지속적으로 진료를 받았다 함은 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미) - 위 기준에 해당하는 전문의가 없는 경우 : 장애진단 직전 3개월 이상 지속적으로 진료한 의료기관의 정신건강의학과 전문의가 판정할 수 있으나, 장애진단 직전 1년 또는 2년 이상의 지속적인 정신건강의학과 진료기록을 진단서 또는 소견서 등으로 확인하고 장애진단을 하여야 함	

**최저 장애정도 기준**

- 진단명이 ICD-10의 진단기준에 따라 조현병, 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애, 양극성 정동장애 (조울병), 조현정동장애, 재발성 우울장애 중 하나에 해당하고, 지속적인 정신 증상으로 능력장애 측정기준 6항목 중 3항목 이상에서 경미한 도움이 필요한 사람
- 진단명이 ICD-10의 진단기준에 따라 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 투렛장애 및 기면증 중 하나에 해당하고, 기분·의욕·행동 및 사고장애 증상이 심하여 능력장애 측정기준 6항목 중 3항목 이상에서 수시로 도움이 필요한 사람

**자폐성장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 자폐성장애(전반성발달장애)

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 진단명, 장애 상태, 자폐성장애로 인한 정신적 능력 장애 상태, 지능지수, GAS 척도점수(발달장애 평가척도), 진단소견 기재
2. 검사결과지	- 임상심리평가보고서 : 지능지수 또는 발달검사결과지, 자폐성척도(K-CARS 검사 등) ※ 검사 결과에 대한 상세한 소견 기재
3. 진료기록지	- 자폐와 관련된 발달지연으로 진료받은 병원의 초진기록지 및 자폐적 성향, 태도, 보호자의 면담 기록이 기재된 최근 6개월간 진료기록지 ※ 진료기록지가 없는 경우 장애정도 심사용 진단서를 발급받은 날의 당일 진료 기록지 필수 제출
<p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<p>- 의료기관의 정신건강의학과 전문의</p>	

**최저 장애정도 기준**

- ICD-10의 진단기준에 의한 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 기능 및 능력장애로 인하여 GAS척도 점수가 50 이하인 사람

**신장장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 신장장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 투석치료자 : 진단명(만성신부전증), 최초투석일, <b>만 3개월 이상</b> 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는지 여부 기재</li> <li>- 신장이식자 : 신장이식 여부를 기재</li> </ul>
2. 진료기록지	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>투석치료자</b>는 1개월에 1회 시행한 투석기록지 4장 제출                             <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>※ <b>투석기록지 제출 예시</b> : 1월10일(최초투석일), 2월15일, 3월1일자 투석 기록지를 제출한 경우 1개월에 1회 시행한 투석기록지를 제출하였으나 만 3개월 이상 투석했는지 확인할 수 없으므로 3개월 경과한 시점(4월 10일 이후)에 시행한 투석기록지까지 총 4장을 제출하여야함.</p> </div> </li> <li>- 진단서에 진단명, 최초투석일, 투석기간이 명시되면 진료기록지 생략 가능                             <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 단, 신규 복막투석 장애인은 투약처방기록(투석액 표기)이 기재된 진료기록지 제출</li> <li>※ 신장을 이식받은 사람은 이식 수술기록지만 제출(장애정도 심사용 진단서는 <b>당연 제출</b>)</li> </ul> </li> </ul>
<p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 투석에 대한 장애판정은 장애인 등록 직전 <b>만 3개월</b> 이상 투석 치료를 하고 있는 의료기관의 의사</li> <li>- 위 기준에 해당하는 의사가 없을 경우 장애진단 직전 1개월 이상 지속적으로 투석치료를 하고 있는 의료기관의 의사가 진단할 수 있으나, <b>만 3개월</b> 이상의 투석기록을 확인하여야 함</li> <li>- 신장이식의 장애판정은 신장이식을 시술하였거나 이식환자를 진료하는 의료기관의 외과 또는 내과 전문의</li> </ul>	

**최저 장애정도 기준**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- 만성신부전으로 인하여 3개월 이상의 기간 동안 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 사람</li> <li>- 신장을 이식받은 사람</li> </ul>
---

**심장장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 심장장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 장애원인(진단명)과 중증(장애 심각성)정도, 진단소견을 기재
2. 판정기준표	- 심장장애용 판정기준표(규정서식 사용), 심장을 이식받은 경우 생략
3. 진료기록지	- 기 시행 받은 수술 및 시술 기록지 모두(기한 상관 없이) : 심장수술 및 중재시술병력이 있는 경우에 한함 - 최근 1년간 외래진료기록지(의사경과기록지 및 약물처방지 포함) : 심장질환 관련 외래 동원치료 병력을 확인할 수 있어야 함 - 최근 9개월 동안의 심장질환 악화로 입원한 입원기록지 및 검사자료 등 : 심장질환 악화 입원병력, 입원횟수를 확인할 수 있어야 함(보유한 경우만 제출) ※ 심장을 이식받은 사람은 이식 수술기록지만 제출(장애정도 심사용 진단서는 당연 제출)
4. 검사결과지	- 운동부하검사 결과지(기 시행한 자료가 있는 경우만 제출) - 흉부 X-ray(반드시 영상자료) 및 심전도검사(반드시 그래프로 제출) ※ 입원병력이 있는 경우 입원 중 검사와 퇴원 후 안정시 상태의 흉부 X-ray 사진 함께 제출 - 심초음파검사 결과지 ※ 좌심실구혈률 등을 확인하기 위함 ※ 심초음파검사가 불가능하거나, 부적절한 경우 핵의학검사 결과지 (보유한 경우만 제출) - 심근효소 등 심장 관련 검사결과지 : 심장질환 악화 입원 병력이 있는 경우에 한함 - 청색증 검사 자료 : 산소포화도 또는 헤마토크리트 ※ 선천성 심장질환으로 청색증이 있는 경우에 한함
※ 장애판정에 필요한 검사결과가 진료기록에 없는 경우는 새롭게 검사하여 제출할 수 있음(의무는 아니지만, 미제출 시 심사 결과에 영향을 줄 수 있음)	
<b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b>	
- 장애진단 직전 1년 이상 진료한 의료기관의 내과(순환기분과), 소아청소년과 또는 흉부외과 전문의 - 위 기준에 해당하는 전문의가 없을 경우 의료기관의 내과(순환기분과) 전문의가 판정할 수 있으나 장애진단 직전 1년 이상 내과(순환기분과), 소아청소년과 또는 흉부외과의 지속적인 진료기록 등을 확인하고 장애진단을 하여야 함	

**최저 장애정도 기준**

- 가정 내에서의 가벼운 활동은 상관없지만 그 이상의 활동에는 심부전 증상 또는 협심증 증상 등이 일어나는 사람  
※ 7가지 임상소견과 검사결과를 점수화하여 20점 이상일 때에 해당
- 심장을 이식받은 사람



**호흡기장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 호흡기장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 원인 상병(진단명), 평상시 호흡곤란 정도, 폐기능 검사결과 또는 안정 시 동맥혈 산소분압 수치, 진단소견을 기재</li> <li>- 폐를 이식 받은 경우 폐 이식 사실을 기재</li> <li>- 늑막루를 조성한 경우 늑막루 조성 사실을 기재</li> </ul>
2. 진료기록지	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 최근 1년간의 진료기록지 : <b>원인 상병(진단명)</b>, <b>치료경과</b>, <b>질환의 심각도</b>, 평상시의 호흡곤란 정도, 약물치료 등에 관한 투약기록지, 경과기록지(외래기록지 및 입원한 경우 입퇴원기록지) 제출</li> <li>- 폐와 늑막의 이상으로 <b>늑막루를 조성하여 유지하고 있는 사람은 시술기록지와 경과기록지</b>를 모두 제출</li> <li>- 재택산소를 시행하는 경우 <b>산소처방전 제출</b> ※ 폐 이식받은 사람은 이식 수술기록지만 제출 가능(장애정도 심사용 진단서는 당연 제출)</li> </ul>
3. 검사결과지	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>흉부 X-ray 사진</b></li> <li>- <b>폐기능 검사</b> : 최근 6개월 이내에 안정된 상태(외래)에서 기관지확장제 흡입 전과 후 동시에 시행한 검사결과지 총 2회(최소 1주일 간격으로 시행하도록 하며 강제 호식곡선, flow-volume curve 등 모든 그래프 표기 포함하여 제출)</li> <li>- <b>동맥혈가스검사</b> : 최소 1주일 간격으로 안정 시 room air(산소를 제거하고 20~30 분간 안정을 취한 상태)에서 시행한 검사결과지 2회 ※ 폐기능검사 및 동맥혈 가스검사 결과 중 한 가지만 검사결과가 있고, 그 검사만으로 장애판정기준에 해당할 때에는 <b>다른 한가지의 검사 결과 제출 생략 가능</b></li> </ul>
<p>☞ 추가 안내사항</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>* 반복적인 검사결과 중 양호한 상태의 검사결과로 판정하며, 호흡곤란 등으로 입원하여 치료과정 중 시행한 검사결과지는 악화 시 수행한 검사로 장애판정 시 반영되지 않습니다.</p> </div> <p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장애진단 직전 2개월 이상 진료한 의료기관의 내과(호흡기분과, 알레르기분과), 흉부외과, 소아청소년과, 결핵과, 또는 직업환경의학과 전문의</li> </ul>	

**최저 장애정도 기준**

- 만성 호흡기 질환으로 인해서 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 40% 이하이거나 동맥혈 산소분압이 65mmHg 이하인 사람
- 늑막루가 있는 사람
- 폐를 이식받은 사람

**간장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 간장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 원인상병(진단명), 중증(장애 심각성)정도, 합병증(간성뇌증, 자발성 복막염, 복수 및 난치성 복수 등) 유무와 진단소견을 기재</li> <li>- 간을 이식받은 경우 이식 사실을 기재</li> </ul>
2. 진료기록지	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>최근 1년간 경과기록지, 입·퇴원요약지 등</b></li> <li>※ [원인상병(진단명), 치료경과, 장애상태, 합병증 유무를 확인할 수 있어야 함]</li> <li>※ 다음의 합병증이 있는 경우 확인 자료 제출                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• 간성뇌증 : 간성혼수 병력, 정도 등을 확인할 수 있는 입·퇴원요약지, 입원기록지, 간호기록지, 투약기록지 등</li> <li>• 난치성 복수 : 이노제 투약기록지 및 복수천자 회당 복수천자용량 확인 자료</li> <li>• 자발성 세균성 복막염 : 복수배양검사결과지등 진단 근거 확인 자료</li> <li>• 간신증후군 : 간신증후군 병력, 정도, 치료 등을 확인할 수 있는 자료</li> <li>• 정맥류 출혈 : 정맥류 출혈을 확인할 수 있는 검사 자료</li> </ul> </li> <li>※ 간을 이식받은 사람은 이식 수술기록지만 제출 가능(장애정도 심사용 진단서는 당연 제출)</li> </ul>
3. 검사결과지	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>간기능 검사결과지</b> : 최근 6개월간의 반복적인 간기능 검사</li> <li>※ 혈청빌리루빈, 혈청알부민, 프로트롬빈(혈액응고) 시간 또는 INR(항응고 정도를 나타내는 지표) 등이 포함되어야 함</li> </ul>
<p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장애진단 직전 2개월 이상 진료한 의료기관의 내과(소화기분과), 외과 또는 소아청소년과 전문의</li> </ul>	

**최저 장애정도 기준**

- 잔여 간 기능이 Child- Pugh 평가 등급 C인 사람
- Child-Pugh 평가 등급 B이면서 최근 6개월 동안 1) 난치성 복수, 2) 간성뇌증 2회 이상, 3) 간신증후군, 4) 정맥류 출혈, 5) 자발성 세균성 복막염 중 하나 이상의 합병증이 있는 사람
- 간을 이식받은 사람

**안면장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 안면장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 노출된 안면부 변형부위의 면적, 함몰이나 비후(돌출)의 정도 진단소견 기재 ※ 눈에 띄는 면상반흔, 색소침착, 탈색소질환, 모발결손, 조직의 비후나 함몰, 결손
2. 검사결과지	- 최근 칼라사진 : 장애부위를 명확히 확인할 수 있는 뚜렷하게 인화된 것 ※ 얼굴, 이마, 목, 귀가 보이는 정면, 좌측, 우측 각 1장 이상, 최소 3장 필수 제출(A4용지 크기) - 함몰이나 비후 : 단순 x-ray, CT, MRI 등 영상의학검사 등
3. 진료기록지	- 경과기록지, 입퇴원요약지, 수술기록지 : 최근 또는 발병 시부터 6개월간의 기록지 ※ 원인상병(진단명)과 치료경과를 확인할 수 있어야 함 (기간이 부족한 경우 보유한 만큼 모두 제출)
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
<b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b>	
- 의료기관의 성형외과, 피부과 또는 외과(화상의 경우) 전문의 - 의료기관의 치과 전속지도 전문의(구강악안면외과)	

**최저 장애정도 기준**

- 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람
- 노출된 안면부의 45% 이상에 백반증이 있는 사람
- 노출된 안면부의 30% 이상이 변형된 사람

**장루·요루장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 장루·요루장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장루·요루의 종류 및 조성술 시행날짜</li> <li>* 장루(요루), 방광루 조성술 후 1년이 지난 시점에서 진단 가능</li> <li>* 복원수술이 불가능한 장루(복회음절제술 후 에스결장루, 전대상직장절제술 후 시행한 말단형 회장루 등), 요루(요관피부루, 회장도관 등)의 경우는 장루(요루) 조성술 이후 진단 가능하고, 인공방광 수술을 한 경우는 수술 이후 심각한 배뇨장애로 진단 가능</li> <li>* 합병증(배뇨기능장애, 장피누공 등)의 유무 및 정도, 진단소견 기재</li> <li>- 심각한 배뇨장애 정도 및 요역동학 검사 소견 등</li> </ul>
2. 진료기록지	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 수술기록지(필수 구비서류) : 장루·요루의 종류, 인공방광술 상태 확인</li> <li>- 최근 1년간 진료기록지 : 장루·요루 유지 상태 및 합병증(장피누공 등)의 정도 또는 심각한 배뇨장애의 치료경과를 확인할 수 있어야 함(진단서 발행 당일 진료기록지를 필수 제출).</li> <li>* 복원가능한 장루인 경우 : 최근 1년 동안의 장루 처치기록지 및 장루물품 처방기록지</li> <li>* 복원가능한 요루(신루) 및 방광루인 경우 : 최근 1년 동안 정기적 카테터 교환 기록지 및 방광세척 기록지</li> </ul>
3. 검사결과지	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 요역동학검사 결과지 : 장루 조성술 후 합병증으로 배뇨기능장애가 있는 경우에만 제출</li> <li>* 배뇨기능장애 정도를 확인할 수 있는 의사 소견서와 경과기록지를 함께 제출</li> <li>* 심각한 배뇨장애 중 '청결간혈도뇨(CIC), 완전요실금'의 경우는 필수 제출이며, 인공방광 수술을 한 사람은 수술기록지로 대체</li> <li>- 누공조영술 또는 복부 CT 판독지 : 장루 또는 요루 조성술 후 합병증으로 누공(조성된 루 이외의 구멍에서 장 내용물이 지속적으로 흘러나오는 경우)이 있는 경우에만 제출</li> <li>* 진료기록지 및 수술기록지가 없는 경우 : 복부 CT판독지 (이미 시행하여 판독지가 있는 경우만 제출)</li> </ul>
4. 소견서(필요시)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 비뇨기와 전문의사가 발행한 배뇨기능장애에 대한 소견서 : 장루 조성술 후 합병증으로 배뇨기능장애가 있는 경우에 한함</li> </ul>
5. 증빙사진 (필요시)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장피누공(피부와 장 사이에 새끼이 생겨 내용물이 흘러나오는 것)이 있는 경우 : 환부 일반사진</li> <li>- 수술기록지 및 진료기록지가 없는 경우 : 장루 또는 요루, 방광루 상태 확인 가능한 사진 (배꼽을 중심으로 복부 전체가 보이도록 촬영)</li> </ul>
<p>※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하여야 합니다.</p>	
<p><b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료기관의 외과, 산부인과, 비뇨의학과 또는 내과 전문의</li> </ul>	

**최저 장애정도 기준**

- 장루 또는 요루를 가진 사람
  - ※ 장루·요루: 배변 또는 배뇨를 위해 복부에 조성한 구멍
- 방광루(방광에 구멍을 내어 배뇨하는 상태)를 가진 사람

**뇌전증장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류**

□ 세부유형 : 뇌전증장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 발작의 자세한 증상 및 발생빈도에 대한 진단소견 기재
2. 소견서	- 뇌전증장애 소견서(규정서식 사용)
3. 진료기록지	- 경과기록지 및 퇴원요약지 : 초진기록지를 포함한 <b>최근 2년간</b> (소아인 경우 질환에 따라 1년)의 기록(진단명, 발작의 종류, 발생빈도, 적극적인 치료내용 등)이 포함되어야 함 - 투약기록지 : <b>최근 2년간</b> (소아인 경우 질환에 따라 1년)의 투약기록으로 약물명, 용량, 투약횟수가 포함되어야 함 ※ 1년간 기록지 가능 질환 : 영아연축, 레녹스-가스토 증후군 등의 뇌전증성 뇌병증 ※ 장애정도 심사용 진단서에 기재된 소견을 객관적으로 확인할 수 있어야 함 - 뇌파검사결과지 : 이미 시행한 기록이 있는 경우 제출
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우 보완자료를 제출하여야 하므로 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
<b>[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</b>	
- 장애인단 직전 6개월 이상 진료한 의료기관의 신경과, 신경외과, 정신건강의학과, 소아청소년과 전문의	

**최저 장애정도 기준**

\* 성인

- 만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 3회 이상 있는 사람

\* 소아청소년(만 18세 미만)

발작 형태	발작 횟수
전신발작	1개월에 1~3회
넘어지면서 머리가 먼저 바닥에 떨어지는 발작(head drop, falling attack)	6개월에 1~5회
뇌전증성 뇌병증 (epileptic encephalopathy)	
근간대성발작(myoclonic seizure)이 중하여 자주 넘어져 다칠 수 있는 경우	1개월에 1~9회
부분발작	