

간병요구도 평가 소견서

※ []에는 해당되는 곳에 ✓표를 합니다.

(앞 쪽)

재해자 정보	의료기관명	재해자성명	생년월일
	재해일자	치유일자	장해등급
	승인상병명		

일상동작 자력 가능정도 평가	평가척도 : ① 자력가능 ② 1/4 도움 필요 ③ 1/2 도움필요 ④ 자력불가									
	착탈의	옷을 입거나 벗을 때	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
	세면	세수나 양치질 및 머리를 감을 때	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
	목욕	목욕 전반적인 과정	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
	식사	차려진 음식을 먹는 과정	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
	화장실	대소변을 보기 위해 출입 시	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
	용변	용변기에 앉은 후 대소변 과정	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
	휠체어	휠체어를 타고 이동 시	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
	계단	계단으로 이동 시	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
	이동(1)	침실에서 일어나 이동 시	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
	이동(2)	휠체어에서 침대 간 이동 시	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
	이해력	말이나 글을 이해하는 능력	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
	표현력	자기 생각을 표현하는 능력	[]	①	[]	②	[]	③	[]	④
종합소견										

보행상태 (해당 시 기재)	[] 독립 보행(불편) [] 지팡이 보행 [] 목발 보행 [] 보행기 보행			
	[] 완전 침상 의존 [] 목발, 보행기 등 보조기 사용한 자력 보행 불가 (체크시 아래 사유기재)			
	사유			
휠체어사용	[] 무	[] 유 ([] 자가 [] 보조인) ([] 수동 [] 전동)		
사유				

마비상태 (해당 시 기재)	[] 사지마비	※ 부전마비인 경우(마비 부위별 Grade 0~5로 표기)						마비 관련 소견
	[] 부전마비	부위	견관절	주관절	완관절	수부	하지	
	[] 없음	좌측						
		우측						

기타 의학 소견	
----------------	--

상기 내용과 같이 진단합니다.

년 월 일

주치의사명: (서명 또는 인)

전문과목: (면허번호:)

의료기관명: (서명 또는 인)

소재지: