■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제2호서식] <개정 2022. 12. 30.>

의사소견서

(4쪽 중 제1쪽)

※ 담당 의사는 소견서 내용을 빠짐없이 작성하여 주시기 바랍니다.		유효기간	발급일부터 30일
신청인 (본인)	성명	주민등록번호	(　　세)
	주소 (전화번호　　)		
발급 구분 및 질병명	☐ 65세 이상		
	☐ 65세 미만 ※ 65세 미만인 사람은 하단의 질병 코드에 해당하는 경우에만 장기요양인정 신청 자격이 있습니다.		
	1. 치매 질환군 ☐ 알츠하이머병에서의 치매(F00*) ☐ 달리 분류된 기타 질환에서의 치매(F02*) ☐ 알츠하이머병(G30) ☐ 혈관성 치매(F01) ☐ 상세불명의 치매(F03)		
	2. 뇌혈관 질환군 ☐ 지주막하출혈(I60) ☐ 기타 비외상성 두개내출혈(I62) ☐ 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중(I64) ☐ 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착(I66) ☐ 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애(I68*) ☐ 뇌내출혈(I61) ☐ 뇌경색증(I63) ☐ 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착(I65) ☐ 기타 뇌혈관질환(I67) ☐ 뇌혈관질환의 후유증(I69)		
	3. 파킨슨 질환군 ☐ 파킨슨병(G20) ☐ 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증(G22*) ☐ 이차성 파킨슨증(G21)		
	4. 그 밖의 질병 ☐ 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12) ☐ 기저핵의 기타 퇴행성 질환(G23) ☐ 진전(震顫)(R25.1) ☐ 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13*) ☐ 다발경화증(G35) ☐ 중풍후유증(U23.4)		
작성 의사 및 진료내역	전문과목	☐ 신경과　☐ 내과　☐ 가정의학과　☐ 정신건강의학과 ☐ 외과　☐ 정형외과　☐ 신경외과　☐ 재활의학과 ☐ 산부인과　☐ 마취통증의학과　☐ 심장혈관흉부외과　☐ 비뇨의학과 ☐ 일반의　☐ 한의(　　)　☐ 기타(　　)	
	대상자 진료 기간	☐ 초진	
		☐ 재진	[ ] 3개월 미만 진료　[ ] 3~6개월 미만 진료 [ ] 6개월 이상 진료
			[ ] 소견서 작성 전 최종 진료일 (　　년　　월　　일)
	소견서 작성 시 진료 형태	☐ 외래진료　☐ 입원진료　☐ 방문진료 ※ 보호자 대리진료를 통한 작성은 불가능합니다.	

유의사항

1. 해당 의사소견서는 장기요양급여를 받기 위하여 장기요양등급판정위원회에 제출하기 위한 용도로만 활용 가능하며, 다른 용도로는 활용할 수 없습니다.
2. 최근 3개월 이상 장기요양인정 신청인의 진료를 담당한 의사 또는 한의사가 작성하는 것을 권고하며, 신청인의 가장 중요하고 직접적인 원인 질환을 중심으로 모든 항목을 빠짐없이 기재해 주시기 바랍니다.
3. 65세 미만인 사람은 상기 질병에 해당하는 경우에만 장기요양인정 신청 자격이 있으므로, 상기 질병에 해당하지 않는 경우에는 2쪽부터 4쪽까지의 사항을 작성하지 않습니다.
   * 상기 질병에 해당하지 않는 경우에는 진찰료 등 비용 전액을 신청인이 부담해야 하며, 상기 질병에 해당하는 경우에도 진찰료 외에 진단에 드는 검사비용 등은 신청인이 부담해야 합니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡(재활용품)]

1. 신청인의 질병 상태에 대한 의견

가. 기능장애 발생의 직접적인 원인이 된 질환의 진단명 및 발병 시기

1) _____ 발병 시기 (　　년　　월경)

1-1) (직접적인 원인 질환이 더 있는 경우 작성) _____ 발병 시기 (　　년　　월경)

나. 기능장애의 직접 원인 외에 지속적인 관리가 필요한 주요 동반 질환

1) _____ 발병 시기 (　　년　　월경)

2) _____ 발병 시기 (　　년　　월경)

3) 그 밖의 동반 질환명 _____

다. 최근 입원치료 여부 및 지속적인 복용이 필요한 필수 투여약물

1) 1년 이내 입원 내역	☐ 없음 ☐ 있음 (시기:　년　월, 약　일간, 주 증상 또는 퇴원 시 진단명　　)
2) 매일 복용 중인 약물의 수	하루 총　☐ 5가지 이내　☐ 5-9가지　☐ 10가지 이상
3) 향후 3개월 이상 지속 복용이 필요한 약물(성분명 또는 상품명)	☐ 없음 ☐ 있음　_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

라. 상기 기능장애 유발 질환의 질병 안정성 및 기능장애 회복 가능성

1) 질병 안정성	☐ 안정 (지난 3개월 내 큰 변화 없음) ☐ 불안정 (지난 3개월 내 호전 또는 악화되어 의료서비스가 필요함) ☐ 알 수 없음
2) 의료서비스 제공 시 6개월 이내 기능장애 회복 가능성	☐ 회복 가능 (마비, 보행, 정신기능 등의 회복이 일정 부분 가능함) ☐ 회복 곤란 ☐ 알 수 없음

마. 치료에 대한 의견

1) 지난 3개월간 발생한 적이 있거나 향후 1개월 이내 발생 가능성이 높은 질환	☐ 없음	
	☐ 있음	[ ] 낙상/골절　[ ] 요실금　[ ] 욕창　[ ] 흡인성 폐렴 [ ] 탈수/영양장애　[ ] 심폐기능 저하(호흡곤란 등) [ ] 정신증상(섬망, 망상 등)　[ ] 기타 (　　)
2) 감염성 질환 여부	☐ 없음	
	☐ 있음	[ ] 활동성 결핵 [ ] 바이러스성 간염 [ ] 후천성면역결핍증 [ ] 옴 [ ] 다약제내성균 (균 종류:　) [ ] 기타 (　　)
	☐ 알 수 없음	
3) 향후 치료가 필요한 형태	☐ 치료 불필요	
	☐ 의료기관 입원	[ ] 급성기 치료　[ ] 요양 · 재활치료
	☐ 외래 또는 방문진료	[ ] 외래진료　[ ] 방문진료 · 간호

2. 신청인의 신체 및 인지기능에 대한 의견

가. 신체상태

1) 보행 능력 및 근력		
가) 보행보조기구 사용 여부	☐ 사용	[ ] 지팡이 [ ] 보행기 [ ] 휠체어
	☐ 미사용	[ ] 자립 보행 가능 [ ] 자립 보행 불가
나) 의자에서 일어나 3미터 걷고 돌아와 앉기	☐ 가능	[ ] 10초 이하 [ ] 11~20초 [ ] 21~30초 [ ] 30초 초과
	☐ 불가능	
다) 의자에서 5회 앉았다 일어서기	☐ 가능	[ ] 15초 미만 [ ]15~30초 [ ] 30초 초과
	☐ 불가능	
라) 머리 뒤로 양손 깍지끼기	☐ 가능	
	☐ 불가능	[ ] 좌측 불가능 [ ] 우측 불가능 [ ] 양측 불가능
마) 운동실조(움직임의 부조화) 또는 서동증(느림)	☐ 없음 ☐ 있음	
2) 영양상태 및 식사행위		
가) 현재의 키와 체중	☐ 키 ( )cm ☐ 체중 ( )kg ☐ 측정 불가능	
나) 6개월 이내 체중감소 여부	☐ 예 (최근 6개월 이내 3kg 이상 감소) ☐ 아니오 ☐ 알 수 없음	
다) 식사행위	☐ 가능	[ ] 혼자 가능 [ ] 일부 도와주면 가능
	☐ 혼자 불가능	
라) 연하곤란 및 영양방법	☐ 없음	[ ] 일반식
	☐ 있음	[ ] 연하곤란식 [ ] 유동식 [ ] 비위관 [ ] 위루관

나. 인지기능

1) 치매진단 여부	☐ 있음 (진단 시기: 년 월경)	
	☐ 없음	[ ] 인지저하가 의심되나 진단받은 적 없음 [ ] 해당 없음
2) 치매치료 약물 복용 여부	☐ 예 ☐ 아니오	
3) 최근 6개월 이내 인지기능 선별검사 결과 ※ 기존 검사결과가 있는 경우 작성	☐ 선별검사 시행 일자 (년 월) [ ] MMSE (점) [ ] GDS(Global Deterioration Scale) ( ) 또는 CDR(Clinical Dementia Rating) ( )	
4) 인지기능 장애에 따른 행동심리증상 유무 ※ 해당 증상 모두 체크	☐ 없음 ☐ 망상 ☐ 환각 ☐ 밤낮 바뀜 ☐ 배회 ☐ 길을 잃음 ☐ 공격적, 파괴적 행동 ☐ 섬망 ☐ 돈/물건 등 감추기 ☐ 부적절한 옷 입기 ☐ 불결한 행동 ☐ 거부 및 저항 ☐ 무감동/무기력 ☐ 그 밖의 특이증상( )	

3. 요양보호 제공 수준 측정을 위한 자립생활 가능성에 대한 의견

가. 의식수준	☐ 명료(alert) ☐ 기면(drowsy) ☐ 혼미(stupor) ☐ 반혼수(semi-coma) ☐ 혼수(coma)	
나. 신체상태 ※ 실내생활의 독립적 수행 가능성	☐ 정상생활 가능	
	☐ 실내생활 도움 필요	[ ] 일부 도움 [ ] 많은 도움 [ ] 전적인 도움 (준와상 · 와상)
다. 정신상태	☐ 정상생활 가능	
	☐ 관찰과 도움 필요	[ ] 주 1~2회 [ ] 주 3~4회 [ ] 매일(현저한 정신증상 또는 준와상 · 와상)

4. 특별한 의료처치 및 건강관리 필요 항목에 대한 의견

□ 없음		
□ 있음 ※ 해당 사항 모두 체크	[ ] 정기 모니터링(혈압, 혈당, 심박동, 산소포화도 등)	[ ] 다중질환 및 복약 관리
	[ ] 관절 및 근력 재활 운동	[ ] 요실금 및 배뇨관리(기저귀, 배뇨훈련 등)
	[ ] 욕창(2단계 이상)	[ ] 수술창상 치료
	[ ] 경관 영양(비위관, 위루관)	[ ] 도뇨관
	[ ] 산소・네뷸라이저 치료(호흡곤란 치료)	[ ] 인공호흡기 적용
	[ ] 기관지 절개	[ ] 투약용 정맥주사
	[ ] 중심 정맥영양	[ ] 말초 정맥영양
	[ ] 당뇨발 및 그에 준하는 피부질환	[ ] 인슐린 주사요법
	[ ] 투석(복막, 혈액)	[ ] 인공루(장루, 방광루 등)
	[ ] 암성 통증 및 그에 준하는 통증	[ ] 기타(내용:)

5. 그 밖의 특기사항

가. 지속적 질병 관리에 필요한 의학적 의견이나 신청인의 장기요양등급 판정과 개인별 장기요양이용계획서 작성에 참고할 수 있도록 특별히 주의해야 할 증상이나 정기적으로 관리해야 할 내용 등에 대해 작성해 주시기 바랍니다.

나. 국민건강보험공단이 장기요양인정 신청인에 대한 치매진단 확인이 필요하다고 판단하여 치매진단과 관련된 보완 서류를 추가로 요청하는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 양식에 따라 해당 서류를 추가로 작성해야 합니다.

6. 의사소견서 발급 비용과 관련된 정보

발급일: 년 월 일

의사・한의사 성명: (서명 또는 인)

의사・한의사 면허번호: 제 호

의료기관명(건강보험요양기관 기호): (직인)

의료기관 주소: 전화번호: