장애정도심사 구비서류 안내문

순 번	장애유형	세부 장애유형
1	지체장애	상하지 절단장애
		상하지 관절장애
		하지 관절장애(동요관절)
		관절장애(인공관절 치환술)
		상하지 관절장애[복합부위통증증후군(CRPS)]
		하지 관절장애(습관성 탈구)
		상하지 기능장애
		척추장애(척추고정수술)
		척추장애(강직성 척추질환)
		변형장애
2	뇌병변장애	뇌병변(뇌출혈, 뇌경색 등)
		뇌성마비 등 소아뇌병변장애
		파킨슨병
3	시각장애	시력장애
		시야장애
		겹보임
4	청각장애	청력장애
		평형기능장애
5	언어장애	언어장애
6	지적장애	선천적 지적장애
		후천적 지적장애
7	정신장애	정신장애
8	자폐상장애	자폐성장애
9	신장장애	신장장애
10	심장장애	심장장애
11	호흡기장애	호흡기장애
12	간장애	간장애
13	안면장애	안면장애
14	장루·요루장애	장루·요루장애
15	뇌전증장애	뇌전증장애
16	췌장장애	췌장장애
17	공통	장애인 등록 및 이의신청 절차 안내

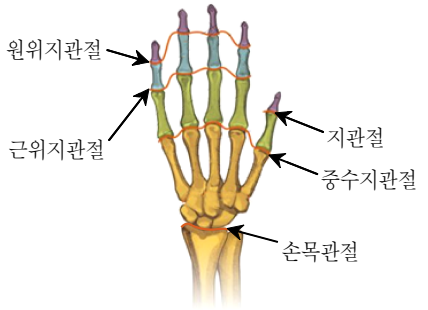
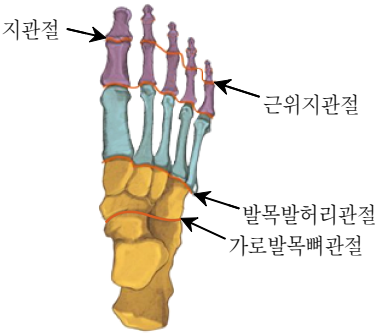
※ ‘장애인 등록 및 이의신청 절차 안내’는 각 장애유형별 구비서류 안내문과 함께 제공

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

〈손〉	〈발〉
	

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 <u>최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</u>

[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

지체장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 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. 검사자료 ※ **재판정대상은 발병 당시 검사자료 제출 불요**	- **X-ray 사진** ※ 필요 시 근전도 검사, 관절운동범위(ROM) 검사결과지 제출(기 시행한 경우)
4. 진료기록지 ※ **재판정대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	- **경과기록지** : 발병 당시 및 최근 6개월 기록 모두 제출 ※ [원인상병(진단명)과 치료경과를 확인할 수 있어야 하며, **기간이 부족한 경우 보유자료 제출**]

☞ 추가 안내사항

- 상하지기능장애로 심사 의뢰되었으나 상하지 관절 운동범위를 고려하여 관절장애로 결정한 건
⇒ 상하지기능장애 판정기준에 의거 심사진행되므로 상하지기능장애 구비서류 제출

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 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

*** 상지 관절장애**
- 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 감소된 사람
- 한 팔의 3대 관절 중 한 관절의 운동범위가 50% 이상 감소된 사람
- 한 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 50% 이상 감소된 사람
- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
- 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 50% 이상 감소된 사람
- 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람

*** 하지 관절장애**
- 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 감소된 사람
- 한 다리의 엉덩관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50% 이상 감소된 사람
- 한 다리의 발목관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람
- 두 발의 모든 발가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람

지체장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 하지 관절장애(동요관절이 있는 경우)

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 관절의 동요가 있는 부위, 수술 유무, 건측(정상 부위)과 비교한 동요(기능 상실)정도, 보조기 착용 유무 기재
2. 검사자료	- 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 **※ 재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	- **발병(수술)당시** 및 최근 6개월 진료기록지(경과기록지)(보유한 경우 제출)

☞ 추가 안내사항

*** 동요관절 측정방법**

- 객관적인 측정법은 장애부위의 무릎관절 동요를 측정하고 정상부위의 무릎관절 동요를 차감하여 결정하되, **전방십자인대 파열인 경우에는** 무릎관절을 20-30도 굴곡시킨 상태에서 스트레스 방사선 촬영하고, **후방십자인대 파열인 경우에는** 무릎관절을 약 70-90도 굴곡 시킨 상태에서 스트레스 방사선을 촬영

*** 인공관절치환술 후 동요는 '동요관절'로 평가하지 않음**

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 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

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

지체장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 상하지 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. 검사자료	**- X-ray나 뼈스캔 사진 등의 영상자료** ※ 인공관절치환수술 시행 후 예후가 불량함이 확인되어야 함 [예시 : 뚜렷한 골융해, 삽입물의 이완, 중등도 이상의 불안정 또는 강직, 염증 소견]
3. 진료기록지 **※ 재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	**- 경과기록지** : 발병 당시 및 최근 6개월 기록 모두 제출 ※ [원인상병(진단명)과 치료경과를 확인할 수 있어야 하며, **기간이 부족한 경우 보유자료 모두 제출**]

☞ 추가 안내사항

*** 유의사항**

- 기여도가 적은 팔꿈치관절의 요골두치환술, 손목관절의 원위척골 치환술, 슬개골 치환술 등과 같은 부분 치환술은 장애정도를 인정하지 않음

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 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

- 인공관절치환술 시행 후 예후가 불량한 경우 심하지 않은 장애로 인정
  ※ 뚜렷한 골융해, 삽입물의 이완, 중등도 이상의 불안정 또는 강직, 염증소견이 뼈스캔 사진 등 영상 자료로 확인되는 경우

지체장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 상하지 관절장애(복합부위통증증후군(CRPS))

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. 검사자료	- **X-ray 사진 또는 CT(전산화단층촬영) 자료** - **골스캔 검사를 포함한 이영양성 변화(관절구축, 근위축 등) 등을 확인할 수 있는 자료**
4. 진료기록지 **※ 재판정대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	- **경과기록지** : 복합부위통증증후군 **진단 당시** 및 최근 2년 이상의 기록 제출 ※ 원인상병(진단명)과 치료경과를 확인할 수 있어야 함

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 <u>최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</u>

[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
- CRPS 상병인 경우, 마취통증의학과 전문의도 발급 가능

최저 장애정도 기준

*** 상지 관절장애**
- 한 팔의 3대 관절 중 한 관절의 운동범위가 50% 이상 감소된 사람

*** 하지 관절장애**
- 한 다리의 엉덩관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50% 이상 감소된 사람
- 한 다리의 발목관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람

지체장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 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. 검사자료	- 습관적인 탈구 상태를 확인할 수 있는 영상 자료
3. 진료기록지	- 습관성탈구로 인한 장애상태를 확인할 수 있는 최근 6개월 진료기록지
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 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

- 습관적인 탈구의 정도가 심하여 일상생활에 심각한 지장을 받는 사람(단순한 습관성 탈구 제외)

지체장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

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

<table>
<tr><th>구비서류</th><th colspan="3">필수 기재사항 및 종류</th></tr>
<tr><td>1. 장애정도 심사용 진단서</td><td colspan="3">- 원인상병(진단명), 발생 시기, 장애 부위, 마비 및 기능 정도를 기재
※ 척수병변(질환)으로 인한 팔, 다리 마비 상태인 경우도 같은 내용 기재</td></tr>
<tr><td>2. 소견서</td><td colspan="3">- 지체장애용(상 · 하지 기능장애, 척추장애) 소견서(규정서식 사용)
※ [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</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3. 검사자료
※ 재판정 대상은 발병 당시 검사자료 제출 불요</td><td>1. 말초 신경 손상</td><td>2. 척수병변(질환)</td><td>3. 근육병 등 기타</td></tr>
<tr><td>- 근전도검사결과지
(신경전도검사, 침근전도)
- 도수근력검사결과지
(보유한 경우 제출)</td><td>- CT, MRI 등 척수병변(질환) 부위 영상자료
- 근전도검사결과지
(신경전도검사, 침근전도, 유발전위검사)
- 도수근력검사결과지
(보유한 경우 제출)</td><td>- 진단시 검사결과지
(유전자검사, 근전도 등)
- 도수근력검사결과지
(보유한 경우 제출)
- 일반칼라사진
(근위축 확인 필요 시)</td></tr>
<tr><td>4. 진료기록지
※ 재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요</td><td colspan="3">- 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]</td></tr>
<tr><td colspan="4">※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</td></tr>
<tr><td colspan="4">[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]</td></tr>
<tr><td colspan="4">- X-선 촬영시설 등 검사장비가 있는 의료기관의 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 소아청소년과(신경분과) 또는 내과(류마티스분과), 마취통증의학과(CRPS 상병인 경우) 전문의</td></tr>
</table>

최저 장애정도 기준

*** 상지 기능장애**
- 한 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
- 한 손의 엄지손가락을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)
- 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두를 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)

*** 하지 기능장애**
- 한 다리를 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
- 두 발의 모든 발가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
- 한 발목의 마비로 굴곡 또는 신전 기능이 모두 소실된 사람(근력등급 0, 1)

지체장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 척추장애(척추고정 수술을 시행한 경우)

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 고정술을 시행한 부위와 진단소견 기재
2. 검사자료	**- X-ray 사진 등의 영상의학검사(척추병변 및 고정된 분절 확인)** ※ 최근 고정술을 받은 척추 분절(마디)을 확인할 수 있어야 함
3. 진료기록지	**- 수술기록지**

☞ 추가 안내사항

*** 척추 고정술**

- 나사못 등 2개 이상의 기구로 **척추분절을 연결하여 묶거나, 골이식으로 척추분절을 붙여 움직임이 없도록 고정**시키는 수술

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 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

- 목뼈 또는 등·허리뼈의 운동범위가 정상의 1/5 이상 감소된 사람
  ※ 척추장애는 고정술 시행한 경우 또는 강직성척추질환으로 척추부가 완전히 유합된 경우에 한정하여 장애인 등록 가능함

지체장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 척추장애(강직성 척추질환)

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 원인상병(진단명), 강직된 척추부위, 강직정도와 척추의 운동범위 및 진단 소견 기재
2. 소견서	**- 지체장애용(**상·하지 기능장애, 척추장애) **소견서(규정서식 사용)** **※ 목뼈부 또는 등·허리뼈부의 척추운동 범위 기재**
3. 검사자료	**- X-ray 사진 등의 영상의학검사**
4. 진료기록지	**- 경과기록지 :** 보유 시 제출 ※ 원인상병(진단명)과 치료경과를 확인할 수 있어야 함

☞ 추가 안내사항

*** 강직성 척추질환**
- 척추 마디가 붙으면서 딱딱해지고 척추 움직임이 제한되는 질환

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 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

- 강직성 척추질환으로 목뼈 또는 허리뼈가 완전 강직된 사람
  ※ 척추장애는 고정술 시행한 경우 또는 강직성척추질환으로 척추부가 완전히 유합된 경우에 한정하여 장애인 등록 가능함

지체장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 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. 검사자료	**- 장애상태별로 다음의 검사결과지 제출** • **다리 길이 차이인 경우 :** SCANOGRAM 등의 X-ray 사진 • **척추 변형(만곡)인 경우** : 척추의 X-ray 사진 • **왜소증인 경우** : 신장(키)을 확인할 수 있는 전신 신장계 일반사진 또는 SCANOGRAM 등의 X-ray 사진
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, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 <u>최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</u>

[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, 뇌손상 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. 검사자료 **※ 재판정 대상은 발병 당시 검사자료 제출 불요**	**- 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 기능 평가(GMFM), 베일리발달검사 등 검사결과지가 있는 경우 모두 제출
4. 진료기록지 **※ 재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	**- 발병** 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**(입퇴원요약지, 경과기록지, 재활치료기록지, 재활평가지, 간호기록지 등)** 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.

[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]

- 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 인한 보행과 일상생활동작을 정상적으로 하기 어려운 경우에 해당함

뇌병변장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 소아뇌병변, 뇌성마비 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	**- 뇌병변장애용 소견서(규정서식 사용)** ※ 근력등급(근육 수축에 의하여 생기는 근육의 힘), 근경직(근육 긴장의 항진 상태) 정도, 수정바델지수 기재
3. 검사자료 **※ 재판정 대상은 발병 당시 검사자료 제출 불요**	**- MRI(자기공명영상촬영) 등 뇌영상 자료(보유한 경우만 제출)** **- (필요 시)일반 칼라 사진** : 근위축(근육손상)을 확인하기 위한 자료로 제출 가능 ※ **발달검사결과지 :** 수정바델지수 검사를 할 수 없는 연령의 대상자는 필수 제출 ※ **소아의 경우** 뇌성마비 대운동 기능 분류 시스템(GMFCS), 대운동 기능 평가(GMFM), 베일리발달검사 등 검사결과지가 있는 경우 모두 제출
4. 진료기록지 **※ 재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	**- 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, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.

[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]

- 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 인한 보행과 일상생활동작을 정상적으로 하기 어려운 경우에 해당함

뇌병변장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 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	**- 뇌병변장애용 소견서(규정서식 사용)** ※ 파행보행 양상, 진전과 경직 등의 증상 정도, 호엔야척도(파킨슨 질환 진행 정도를 나타내는 검사) 점수, 치료 반응, 수정바델지수(보행과 일상생활동작의 수행능력 점수)가 기재되어야 함
3. 검사자료	**- 호엔야척도 검사결과지**(파킨슨 질환 진행 단계 검사) **- UPDRS(파킨슨 질환 척도 검사) 검사결과지 등**
4. 진료기록지 **※ 재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	**- 경과기록지, 퇴원요약지 위주의 진료기록** : **초진기록지**(발병 당시 1개월), 최근 1년간의 진료기록 **모두 제출**(의사가 작성한 것) **- 단일광자전산화단층촬영(SPECT) 또는 양전자단층촬영(PET) 등 뇌영상 자료(보유한 경우만 제출)** **- 투약기록지 : 최근 1년간의 약물명, 용량, 투약횟수를 확인할 수 있는 기록 모두 제출** ※ 경과기록지 및 입퇴원요약지 위주의 진료기록에 **투약기록이 없는 경우** 투약처방지, 또는 **투약기록을 확인할 수 있는** 간호기록지 제출 ※ 진단명, 치료기간 및 경과, 최근의 중증정도, 약물 복용종류 및 기간, 장애 정도를 확인할 수 있어야 함
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 <u>최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</u>	
[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]	
- 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 인한 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. 검사자료	- **전안부 사진 :** 각막 또는 수정체 이상, **의안**이 장애의 원인인 경우 - **칼라 안저사진 :** 당뇨망막병증, 녹내장 등과 같이 망막 또는 시신경이 장애의 원인인 경우 ※ **시신경 손상**의 경우 **시유발전위검사*** **결과지** 제출 필요 **(장애심사 과정에서 빛간섭단층촬영검사 등의 추가검사가 필요하여 보완 요청할 수 있음)**
4. 진료기록지	- **주요 경과기록지 및 퇴원요약지** : **최근 6개월**간의 진료기록 중 **의사가 쓴 것**으로 제출 ※ [원인상병(진단명), 치료경과, 장애상태를 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보유한 만큼 모두 제출함]

☞ 추가 안내사항

*** 시유발전위검사**

- 눈이 **빛이나 문양(무늬)에 의해 자극을 받을 때 대뇌의 시각인지 부위에서 일어나는 반응**을 기록한 검사

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.

[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]

- 시력 또는 시야결손정도, 겹보임(복시) 정도의 측정이 가능한 의료기관의 안과 전문의

최저 장애정도 기준

- 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
- 나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

시각장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 시야장애

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

최저 장애정도 기준

- 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람
- 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50% 이상 감소한 사람

시각장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 겹보임(복시)

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 마비사시 혹은 제한사시로 인한 프리즘 교정 전 사시각 정도 및 진단 소견 기재
2. 소견서	**- 시각장애용 소견서(규정서식 사용)**
3. 검사자료	- **교정 후 시행한** 공인 동적 복시시야검사, 사시각 검사 제출 ※ 필요 시 Hess Screen 및 안구 운동사진 제출
4. 진료기록지	**- 주요 경과기록지 및 퇴원요약지** : **최근 6개월**간의 진료기록 중 **의사가 쓴 것**으로 제출 ※ [원인상병(진단명), 치료경과, 장애상태를 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보유한 만큼 모두 제출함]
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]	
- 시력 또는 시야결손정도, 겹보임(복시) 정도의 측정이 가능한 의료기관의 안과 전문의	

최저 장애정도 기준

- 두 눈의 중심시야에서 20도 이내에 겹보임(복시)이 있는 사람

청각장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

<수어 번역서비스>

❑ 세부유형 : 청력장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 상병명, 순음청력검사 및 청성뇌간반응검사 등 청각검사 판독 소견, 치료내용 및 수술 여부 등을 기재 ※ 어음명료도검사(3회)를 실시한 경우 해당 소견 기재
2. 검사자료	**- 기도청력검사와 골도청력검사를 포함한 순음청력검사(PTA) 결과지 : 2~7일의 반복검사주기로 3회 시행** **- 청성뇌간반응검사(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 결과지** ※ 치매, 지능 저하로 의사소통이 되지 않아 순음청력검사(PTA)가 불가능한 경우는 청성뇌간반응검사(ABR)와 청성지속반응검사(ASSR) 결과지 모두 제출 **- 어음명료도 검사결과지 : 2~7일의 반복검사주기로 3회 시행** (어음명료도검사 실시한 경우 한함) **- 이명도 검사결과지 : 2회 이상 반복시행** (**심한 이명**에 의한 청력 감소의 경우에 한함)
3. 진료기록지	**- 최근 6개월간의 진료기록지 및 처방기록지 일체** ※ 원인질환, 치료경과, 과거병력, 장애상태를 확인할 수 있어야 하며, 기간이 부족한 경우 보유한 만큼 모두 제출함 - 심한 이명이 있는 경우에 한하여 1년 이상의 진료기록지 및 시행한 이명도 검사 결과 모두 제출 - (필요 시) 최근 2년 이내 시행한 건강검진결과지 제출

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 <u>최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</u>

[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]

- 방음부스가 있는 청력검사실, 청력검사 장비가 있는 의료기관의 이비인후과 전문의

최저 장애정도 기준

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

청각장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 평형기능장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 전정기관* 이상의 객관적 징후, 평형기능소실 정도, 보행과 일상생활 정도 등 관련 구체적인 진단소견 기재 * 전정기관 : 귀의 가장 안쪽 부분인 내이에 위치하며 수직·수평·회전 움직임을 감지하는 기관들을 말함
2. 검사자료	- **온도안진검사*** 또는 **회전의자검사**** 중 **1개 필수 제출** * 온도안진검사 : 온도차를 이용하여 전정안구 반사를 자극하는 검사 ** 회전의자검사 : 회전을 통해 전정기를 자극하여 나타나는 안진을 측정하여 분석하는 검사 ※ 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, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 <u>최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</u>	
[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]	
- 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 신체 운동이 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, 표현언어지수, 수용언어지수가 포함되어야 함)
2. 검사자료	**[장애유형별로 해당하는 검사결과지 제출]** - **유창성장애** : 말더듬 심도검사, 파라다이스 유창성검사 결과지 중 1개 - **조음장애** : 우리말 조음-운음검사 결과지(U-TAP), 아동용 발음검사(APAC) 권장, 부득이한 경우 그림자음검사 제출 [* 낱말 및 문장 자음정확도 결과 모두 표시] - **실어증 :** 한국판 웨스턴 실어증검사(K-WAB) 결과지 - **발달성 언어장애 :** 취학 전 아동의 수용언어 및 표현언어발달척도 검사(PRES), 영유아언어발달검사(SELSI) 결과지 ※ 필요 시 그림어휘력검사, 학령기아동언어검사(LSSC), 수용·표현어휘력검사(REVT) 등 검사결과지 중 연령에 적합한 검사 제출 - **음성장애 :** 발성(음도, 강도, 음질)의 정도를 확인할 수 있는 음성 언어검사 결과지(MDVP, CSL 등) ※ 언어치료 전·후로 시행한 언어검사결과지가 있으면 제출 ※ 언어장애의 원인이 **뇌의 기질적 병변에 의한 경우** 뇌병변을 확인할 수 있는 **뇌영상 자료**(MRI : 자기공명영상촬영, CT : 전산화단층촬영) 중 보유한 자료 추가 제출
3. 진료기록지	- **언어장애 관련하여 치료받은 최근** 6개월 이상의 언어치료기록지 ※ 후두를 완전히 적출한 경우 **수술기록지**만 제출(장애정도 심사용 진단서는 반드시 제출)

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 <u>최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</u>

[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]

- 의료기관의 재활의학과 전문의 또는 언어치료사가 배치되어 있는 의료기관의 이비인후과, 정신건강의학과, 신경과, 소아청소년과(신경분과) 전문의
- 음성장애는 언어재활사가 없는 경우 의료기관의 이비인후과 전문의
- 의료기관의 치과(구강악안면외과), 치과 전속지도 전문의(구강악안면외과)

최저 장애정도 기준

- 발성이 부분적으로 가능한 음성장애/ 말더듬(SSI: 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. 검사자료	- **임상심리평가보고서** : 웩슬러 지능검사 등 (지능검사 결과에 대한 상세한 소견 기재) ※ 상기 표준화된 검사 결과로 최종적인 장애정도를 판정하는 것이 어려운 경우 적응지수나 발달지수가 명시된 검사결과지(한국판 라이터 비언어성 지능검사, 바인랜드 사회성숙도검사, 바인랜드 적응행동 검사, 발달검사(베일리, 덴버 등)) 중 제출 ※ 지능지수가 연령별 최저 득점으로 정확한 지능지수 산출이 어려운 경우, 비언어적 시지각구성 능력검사[시각-운동통합발달검사(VMI) **또는** 벤더게슈탈트검사(BGT)]를 추가 시행한 후 **추정 지능지수가 기재**된 검사결과지 제출
3. 진료기록지 ※ **재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	- **초진 기록(지적장애 진단 시) 및 최근 6개월간 진료기록지** ※ 발달치료(언어, 놀이 등) 이력이 있는 경우 최근 6개월간 치료 기록, 사례 기록 등 추가 제출 ※ 특수교육 대상자인 경우 배치통지서 추가 제출 가능 ※ 선천성 지적장애로 진료기록이 없는 경우 학적부로 대체 가능

☞ 추가 안내사항

*** 임상심리평가보고서**
- 지능검사 및 사회성숙도 검사 등을 시행한 후 보고서 형식으로 작성된 검사결과지

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.

[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]

- 의료기관의 정신건강의학과, 신경과, 재활의학과, 소아청소년과(신경분과) 전문의

최저 장애정도 기준

- 지능지수가 70 이하인 사람

지적장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 후천적 지적장애 ※ 노인성 치매는 장애 불인정

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 후천적 지적장애 발생원인, 지능지수, 진단소견 기재
2. 검사자료	- **임상심리평가보고서** : 웩슬러 지능검사 등 (지능검사 결과에 대한 상세한 소견 기재) - **뇌손상, 뇌질환 등에 의해 지능이 저하된 경우** 다음의 검사결과지 추가 제출 • 뇌영상 자료 : MRI(자기공명영상촬영), CT(전산화단층촬영) 등 • 인지기능검사 자료 : **MMSE, GDS, CDR, SNSB 등**(기 시행한 자료가 있는 경우만 제출)
3. 진료기록지 **※ 재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	- **경과기록지** : 발병 당시 및 최근 6개월간의 기록 모두 제출[입원한 이력이 있는 경우 **입퇴원요약지** 제출] (인지치료 및 인지기능 정도를 확인할 수 있는 기록 포함) ※ **지적장애의 원인을 확인**할 수 있어야 하며, **기간이 부족한 경우 보유 자료 모두 제출**

☞ 추가 안내사항

*** 임상심리평가보고서**

- 지능검사 및 사회성숙도 검사를 시행한 후 보고서 형식으로 작성된 검사결과지

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.

[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]

- 의료기관의 정신건강의학과, 신경과, 재활의학과, 소아청소년과(신경분과) 전문의

최저 장애정도 기준

- 지능지수가 70 이하인 사람

정신장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 정신장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 정신질환의 진단명, 정신질환의 상태, 주호소 정신 증상, 정신적 능력장애 상태 등 기재
2. 검사자료	- 아래의 질환(진단명)은 해당 검사 제출 • 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애 : MRI 또는 CT 등 • 정신병증을 동반한 기면증 : (치료약 복용 후)수면다원검사 등 • 투렛장애 : YGTSS 검사(심각도 및 장해도 점수 포함) 등
3. 진료기록지 **※ 재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	- **초진기록지** 및 발병 시기부터 6개월간의 경과기록지 ※ 진단명, 주증상, 병력, 치료내역, 약물처방 및 장애상태 등을 확인할 수 있어야 함 - 질환에 따라 최근 1년 또는 2년 이상의 진료기록지 및 투약기록지 조현병, 조현정동장애, 양극성 정동장애, 재발성 우울장애 : 1년 이상 기질성 정신장애, 강박장애, 기면증, 투렛장애 : 2년 이상 • 장애판정 직전 1년 또는 2년 이상의 지속적인 치료내용 및 약물 처방내역 (약물명, 용량, 투약횟수, 투약기간) 및 장애상태를 확인할 수 있는 기록지 • 입원 치료받은 경우는 **간호기록지와 입퇴원요약지 포함**
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]	
- 장애진단 직전 1년 이상 **지속적으로 진료한** 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, GAS척도점수(발달장애 평가척도), 진단소견 기재
2. 검사자료	- 임상심리평가보고서 : **지능지수 또는 발달검사결과지, 자폐성척도**(K-CARS 검사 등) ※ 검사 결과에 대한 상세한 소견 기재
3. 진료기록지 ※ **재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	- 자폐 관련 발달력을 확인할 수 있는 진료기록지 : 자폐를 진단받은 시점의 **초진기록지** 및 자폐적 성향, 태도, 보호자의 면담 기록이 기재된 최근 6개월간 진료기록지 등 ※ 진료기록지가 없는 경우 장애정도 심사용 진단서를 발급받은 날의 당일 진료기록지 필수 제출 ※ 발달치료(언어, 놀이 등) 이력이 있는 경우 최근 6개월간 치료 기록, 사례 기록 등 추가 제출 ※ 특수교육 대상자인 경우 배치통지서 추가 제출 가능
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]	
- 의료기관의 정신건강의학과 전문의	

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	- 투석치료자 : 진단명(만성신부전증), 최초투석일, **만 3개월 이상** 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는지 여부 기재 - 신장이식자 : 신장이식 여부를 기재
2. 진료기록지	- 장애정도 심사용 진단서상 3개월 이상 투석 중인 상태가 확인되지 않는 경우 투석(진료)기록지 제출 ※ **투석기록지 제출 예시** : 1월10일(최초투석일), 2월15일, 3월1일자 투석기록지를 제출한 경우 1개월에 1회 시행한 투석기록지를 제출하였으나 만 3개월 이상 투석했는지 확인할 수 없으므로 3개월 경과한 시점(4월10일 이후)에 시행한 투석기록지까지 총 4장을 제출하여야 함 - 진단서에 진단명, 최초투석일, 투석기간이 명시되면 진료기록지 생략 가능 ※ 단, 신규 복막투석 장애인은 투약처방기록(투석액 표기)이 기재된 진료기록지 제출 ※ 신장을 이식받은 사람은 이식 수술기록지만 제출(장애정도 심사용 진단서는 반드시 제출)

※ **[구비서류 완화대상]** 혈액·복막투석 중인 의무재판정 대상자는 진단서 및 진료(투석) 기록지 제출 생략 가능
- 단, '의료기관 방문내역확인서' 및 '장애인 등록 및 서비스 신청서상 '진료기록 열람 및 사본 교부 요청 동의서' 제출 필수

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.

[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]

- 투석에 대한 장애판정은 장애인 등록 직전 **만 3개월** 이상 투석 치료를 하고 있는 의료기관의 의사
- 위 기준에 해당하는 의사가 없을 경우 장애진단 직전 1개월 이상 지속적으로 투석치료를 하고 있는 의료기관의 의사가 진단할 수 있으나, **만 3개월** 이상의 투석기록을 확인하여야 함
- 신장이식의 장애판정은 신장이식을 시술하였거나 이식환자를 진료하는 의료기관의 외과 또는 내과 전문의

최저 장애정도 기준

- 만성신부전으로 인하여 3개월 이상의 기간 동안 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 사람
- 신장을 이식받은 사람

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)**, 심장 이식 또는 폰탄 수술을 받은 경우 생략
3. 검사자료	- **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 기타 영상검사(핵의학검사, CT, MRI) (보유한 경우만 제출) - **심근효소 등 심장 관련 검사결과지** : 심장질환 악화 입원병력이 있는 경우에 한함 - **청색증 검사 자료 :** 산소포화도 또는 헤마토크리트 ※ 선천성 심장질환, 폐고혈압으로 청색증이 있는 경우에 한함
4. 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 통원치료 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) ※ 심장 이식 또는 폰탄 수술을 받은 경우 수술기록지만 제출(장애정도 심사용 진단서는 반드시 제출)
※ 장애판정에 필요한 검사결과가 진료기록에 없는 경우는 **새롭게 검사하여 제출할 수 있음(의무는 아니지만, 미제출 시 심사 결과에 영향을 줄 수 있음)**	
[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]	
- 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 장애진단**을 하여야 함	

최저 장애정도 기준

- 심장기능의 장애가 지속되며 가정 내에서의 가벼운 활동은 상관없지만 그 이상의 활동에는 심부전 증상 또는 협심증 증상 등이 일어나는 사람
  ※ 장애정도판정기준에 따른 7가지 임상소견과 검사결과를 점수화하여 20점 이상일 때에 해당
- 심장을 이식받은 사람, 폰탄 수술을 받은 사람

호흡기장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 호흡기장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 원인 상병(진단명), 평상시 호흡곤란 정도, 폐기능 검사결과 또는 안정 시 동맥혈산소분압 수치, 진단소견을 기재 - 폐를 이식 받은 경우 폐 이식 사실을 기재 - 늑막루를 조성한 경우 늑막루 조성 사실을 기재
2. 검사자료	- **흉부 X-ray 사진** - **폐기능 검사** : 최근 6개월 이내에 안정된 상태(외래)에서 기관지확장제 흡입 전과 후 동시에 시행한 검사결과지 **총 2회**(최소 1주일 간격으로 시행하도록 하며 강제호식곡선, flow-volume curve 등 모든 그래프 표기 포함하여 제출) - **동맥혈가스검사** : 최소 1주일 간격으로 안정 시 room air(산소를 제거하고 20~30 분간 안정을 취한 상태)에서 시행한 검사결과지 **2회** ※ 폐기능검사 및 동맥혈 가스검사결과 중 한 가지만 검사결과가 있고, 그 검사만으로 장애판정기준에 해당할 때에는 **다른 한가지의 검사결과 제출 생략 가능**
3. 진료기록	- 최근 1년간의 진료기록지 : **원인 상병(진단명), 치료경과, 질환의 심각도**, 평상시의 호흡곤란 정도, 약물치료 등에 관한 투약기록지, 경과기록지(외래기록지 및 입원한 경우 입퇴원기록지) 제출 ※ 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 경우 최근 6개월간 진료기록지 제출 가능 - 폐와 늑막의 이상으로 **늑막루를 조성하여 유지하고 있는 사람은 시술기록지와 경과기록지**를 모두 제출 - 재택산소를 시행하는 경우 **산소처방전 제출** ※ 폐 이식받은 사람은 이식 수술기록지만 제출 가능(장애정도 심사용 진단서는 반드시 제출)

☞ 추가 안내사항

* 반복적인 검사결과 중 양호한 상태의 검사결과로 판정하며, 호흡곤란 등으로 입원하여 치료과정 중 시행한 검사결과지는 악화 시 수행한 검사로 장애판정 시 반영되지 않습니다.

※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.

[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]

- 장애진단 직전 2개월 이상 진료한 의료기관의 내과(호흡기분과, 알레르기분과), 흉부외과, 소아청소년과, 결핵과, 또는 직업환경의학과 전문의

최저 장애정도 기준

- 만성 호흡기 질환으로 인해서 평지에서의 보행 시에도 호흡곤란이 있고 폐환기 기능(1초시 강제날숨량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 40% 이하이거나 산소를 흡입하지 않으면서 평상시 대기중에서 안정 시 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	- 원인상병(진단명), 중증(장애 심각성)정도, 합병증(간성뇌증, 자발성 복막염/흉막염, 복수/흉수 및 난치성 복수/흉수 등) 유무와 진단소견을 기재 - 간을 이식받은 경우 이식 사실을 기재
2. 검사자료	**- 간기능 검사결과지 :** 최근 6개월간의 반복적인 간기능 검사 ※ 혈청빌리루빈, 혈청알부민, 프로트롬빈(혈액응고) 시간 또는 INR(항응고 정도를 나타내는 지표) 등이 포함되어야 함
3. 진료기록지	**- 최근 1년간 경과기록지, 입·퇴원요약지 등** ※ [원인상병(진단명), 치료경과, 장애상태, 합병증 유무를 확인할 수 있어야 함] ※ 다음의 합병증이 있는 경우 확인 자료 제출 • 간성뇌증 : 간성혼수 병력, 정도 등을 확인할 수 있는 입·퇴원요약지, 입원기록지, 간호기록지, 투약기록지 등 • 난치성 복수/흉수 : 이뇨제 투약기록지 및 복수/흉수천자 회당 복수/흉수천자 용량 확인 자료 • 자발성 세균성 복막염/흉막염 : 복수/흉수배양검사결과지 등 진단 근거 확인 자료 • 간신증후군 : 간신증후군 병력, 정도, 치료 등을 확인할 수 있는 자료 • 정맥류 출혈(문맥고혈압성 위장관병증 출혈 포함) : 출혈을 확인할 수 있는 검사자료 ※ 간을 이식받은 사람은 이식 수술기록지만 제출 가능(장애정도 심사용 진단서는 반드시 제출)
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 <u>최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.</u>	
[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]	
- 장애진단 직전 2개월 이상 진료한 의료기관의 내과(소화기분과), 외과 또는 소아청소년과 전문의	

최저 장애정도 기준

- 만성 간질환으로 진단받은 환자 중 잔여 간 기능이 Child- Pugh 평가 등급 C인 사람
- 만성 간질환으로 진단받은 환자 중 Child-Pugh 평가 등급 B이면서 최근 6개월 동안 1) 난치성 복수/흉수, 2) 간성뇌증, 3) 간신증후군, 4) 정맥류 출혈, 5) 자발성 세균성 복막염/흉막염 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*의 장애상태** 및 면적 등 진단 소견 기재 * 전두부와 측두부, 이개후부의 모발선과 정면에서 보았을 때 경부의 전면과 후면을 구분하는 수직선을 연결한 선을 경계로 얼굴, 귀, 목의 앞면 포함 ** 눈에 띄는 면상반흔, 색소침착, 탈색소질환, 모발결손(반흔 동반) 조직의 비후나 함몰, 결손
2. 검사자료	- **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
3. 진료기록지 **※ 재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	- **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, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]	
- 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	- 장루·요루의 **종류 및 조성술 시행날짜** * **장루(요루), 방광루 조성술 후 1년이 지난 시점에서 진단 가능** * 복원수술이 불가능한 장루(**복회음절제술 후 에스결장루, 전대장직장절제술 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** * **합병증(배뇨기능장애, 장피누공 등)의 유무 및 정도, 진단소견 기재** - 심각한 배뇨장애 정도 및 요역동학 검사 소견 - 장루를 복원한 후 심각한 배변장애 정도 및 검사 소견 등
2. 검사자료	- **요역동학검사 결과지** : 장루 조성술 후 합병증으로 **배뇨기능장애가 있는 경우**에만 제출 * 배뇨기능장애 정도를 확인할 수 있는 **의사 소견서와 경과기록지를** 함께 제출 * **심각한 배뇨장애 중 '청결간헐도뇨(CIC), 완전요실금'의 경우는 필수 제출이며, 인공방광 수술을 한 사람은 수술기록지로 대체** - **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 * **진료기록지 및 수술기록지가 없는 경우** : **복부 CT판독지**(이미 시행하여 판독지가 있는 경우만 제출) - **배변조영술 또는 항문내압검사 결과지 등** : 장루를 복원한 후 **심각한 배변장애가 있는 경우**에만 제출
3. 진료기록지	- **수술기록지(필수 구비서류) :** 장루·요루의 종류, 인공방광술 상태 확인 - **최근 1년간 진료기록지 :** 장루·요루 **유지 상태 및** 합병증(장피누공 등)의 정도 또는 심각한 배뇨(배변)장애의 치료경과를 확인할 수 있어야 함**(진단서 발행 당일 진료기록지를 필수 제출)** * **복원가능한 장루인 경우** : 최근 1년 동안의 장루 처치기록지 및 장루물품 처방기록지 * **복원가능한** 요루(신루) **및 방광루인 경우** : 최근 1년 동안 정기적 카테터 교환기록지 및 방광세척 기록지
4. 소견서(필요 시)	- 비뇨의학과 전문의사가 발행한 **배뇨기능장애에 대한 소견서** : 장루 조성술 후 합병증으로 배뇨기능장애가 있는 경우에 한함 - 장루·요루 관련 합병증(괴사, 탈출, 탈장, 함몰, 협착, 출혈 등) 여부에 대한 소견서
5. 증빙사진 (필요 시)	- **장피누공**(피부와 장 사이에 샛길이 생겨 내용물이 흘러나오는 것)이 있는 경우 **또는** 장루·요루 관련 합병증(괴사, 탈출, 탈장, 함몰, 협착, 출혈 등)이 있는 경우 **: 환부 일반사진** - **수술기록지 및 진료기록지가 없는 경우 : 장루 또는 요루, 방광루 상태 확인 가능한 사진** (배꼽을 중심으로 복부 전체가 보이도록 촬영)
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]	
- 의료기관의 외과, 산부인과, 비뇨의학과 또는 내과, 재활의학과(척수손상으로 인한 심각한 배뇨장애에 한함) 전문의	

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
- 심각한 배뇨장애가 있는 사람
- 장루를 복원한 후 심각한 배변장애가 있는 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 ※ **재판정 대상은 발병 당시 기록지 제출 불요**	- **경과기록지 및 퇴원요약지** : **초진기록지**를 포함한 **최근 2년간**(소아인 경우 질환에 따라 1년)**의 기록(진단명, 발작의 종류, 발생빈도, 적극적인 치료내용 등)**이 포함되어야 함 - **투약기록지 : 최근 2년간**(소아인 경우 질환에 따라 1년)**의 투약기록**으로 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, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]	
- 장애진단 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 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 곤란한 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	
부분발작	1개월에 1~9회

췌장장애인 등록을 위한 장애등록심사 구비서류

❑ 세부유형 : 췌장장애

구비서류	필수 기재사항 및 종류
1. 장애정도 심사용 진단서	- 원인상병(진단명), **6개월 이상 적극적인 인슐린 치료 이력(다회인슐린주사요법 또는 인슐린자동주입기 사용**, 투여량, 주기 등) 및 **C-펩타이드 검사결과 등** 진단소견 기재 - 췌장을 이식받은 경우 이식 사실을 기재
2. 검사자료	**[필수 자료]** - **혈액(혈장 또는 혈청) 포도당 검사결과지 :** 포도당 농도가 **140mg/dL 이상**임을 확인할 수 있는 검사결과지 - **혈액 C-펩타이드 검사** 또는 **단회뇨 C-펩타이드/크레아티닌 검사결과지** • 혈액 C-펩타이드 검사 : **위 포도당 검사와 동일 검체(혈액)**로 검사 • 단회뇨 C-펩타이드/크레아티닌 검사 : **위 포도당 검사를 위한 채혈과 같은 날 채취한 소변(단회뇨)**으로 검사 ※ **신규**진단의 경우 **최근 6개월 이내 3개월 이상 간격으로 2회** 검사, **재판정**의 경우 **최근 3개월 이내 1회** 검사 시행 ※ 고혈당 응급상태(당뇨병성케톤산증, 고혈당혼수 등)인 경우는 최소 2주 이상 혈당 조절을 충분히 한 이후에 검사하여야 함 **[선택 자료]** - **자가항체* 검사결과지 :** 기 시행된 검사결과가 있는 경우에 한하여 제출 가능 * GAD, IA-2, 아연수송체8, 인슐린 자가항체 등 ※ **자가항체 검사 2종 이상에서 양성인 경우 6개월 치료기간 경과 전 진단 가능**
3. 진료기록지	- **최근 6개월 이상 진료기록지 : 다회인슐린주사요법** 또는 **인슐린자동주입기 사용 여부, 인슐린 용량, 주기 등을 확인**할 수 있는 진료기록지 ※ 진단명, 주증상, 병력, 치료내역, 인슐린처방 및 장애상태 등에 대한 기재 필요 - **수술기록지** : 전체췌장절제술 또는 췌장이식 수술을 받은 경우에만 제출 ※ 췌장을 이식받은 경우 이식 수술기록지만 제출(장애정도 심사용 진단서는 반드시 제출)
※ 검사결과지 또는 진료기록지 자료가 부족하여 장애판정이 곤란한 경우, 보완자료 제출이 필요해 심사가 지연될 수 있으니 최초 신청 시 구비서류를 충실히 준비·제출하셔야 합니다.	
[장애정도 심사용 진단서를 발급할 수 있는 전문 의사]	
- 장애진단 직전 **3개월 이상 진료**한 의료기관의 **내과(내분비대사분과)** 또는 **소아청소년과(내분비분과)** 전문의 - 췌장을 이식받은 경우는 췌장이식을 시술했거나 이식환자를 진료하는 의료기관의 외과 또는 내과 전문의	

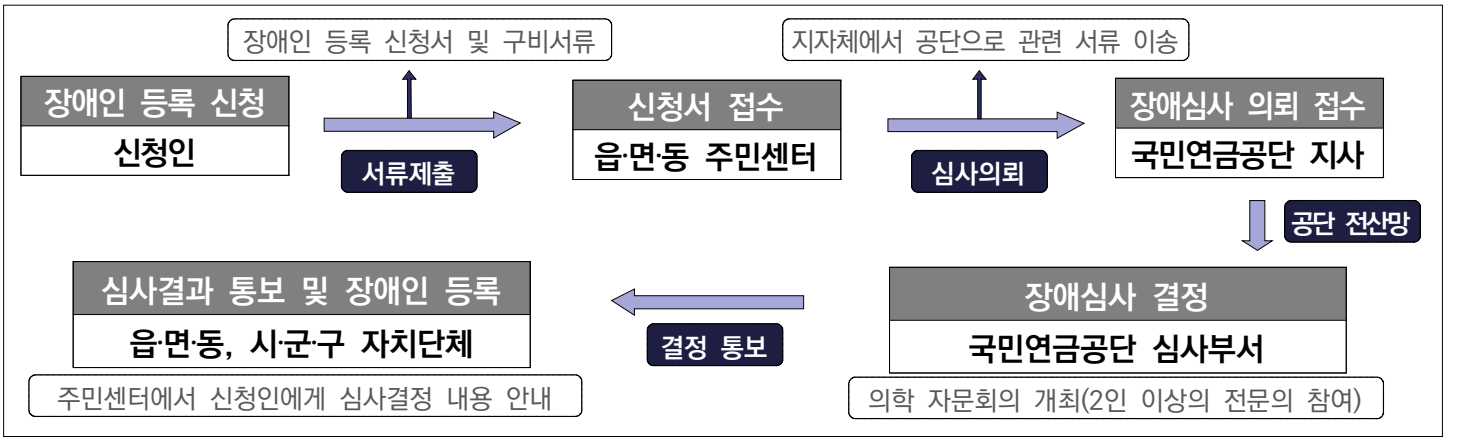
최저 장애정도 기준

- 혈장포도당 농도가 140mg/dL 이상이면서 이와 동시에 측정한 (1) C-펩타이드가 0.6ng/mL 미만 또는 (2) 단회뇨 C-펩타이드/크레아티닌 비율이 0.2nmlo/mmol 미만 중 하나에 해당하고, 6개월 이상 다회인슐린주사요법을 받거나 인슐린 자동주입기를 사용하는 사람
- 췌장을 이식받은 사람

장애인 등록 및 이의신청 절차 안내

❑ 장애인 등록

정확한 장애인 등록을 위해 **국민연금공단**에서는 관련 법령 및 기준에 따라 장애의 상태 및 정도에 대한 **장애심사를 실시**합니다.



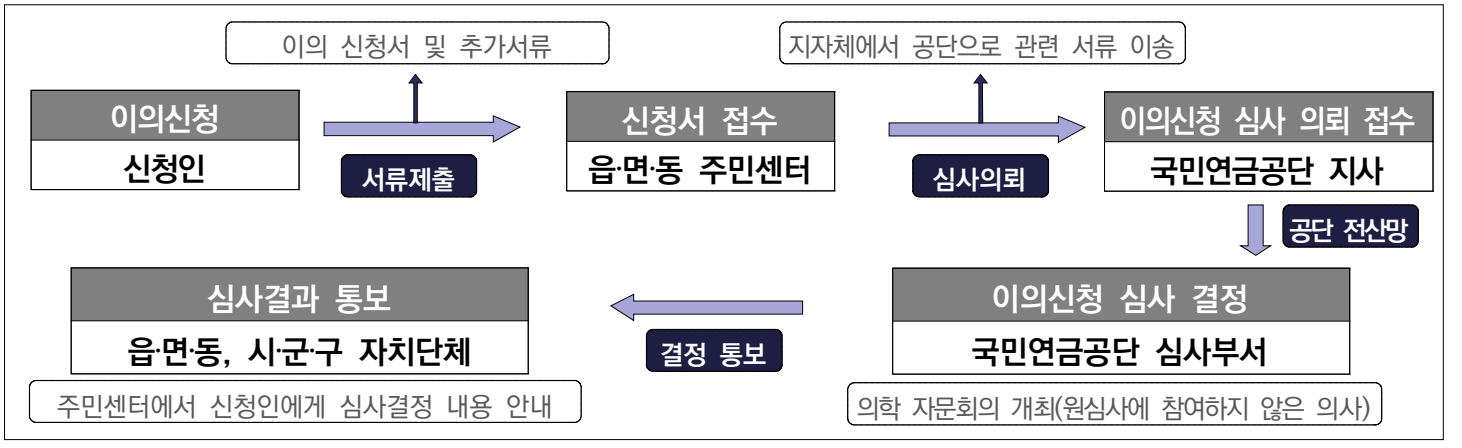
○ 장애심사는 장애심사전문기관인 국민연금공단에서 장애정도심사용진단서, 소견서, 진료기록, 검사결과 등을 토대로 **2인 이상의 전문의사가 참여하는 의학자문회의를 실시**하여 **투명하고 공정하게 심사**합니다.

○ 제출된 심사자료로 장애상태 확인이 어려운 경우 **추가자료 제출이 필요**할 수 있습니다.

- 희망 시 공단에서 의료기관으로부터 **심사자료를 발급 대행하는 서비스 제공**(국민연금공단 지사 문의)

❑ 이의신청

장애심사 결과에 불복하는 경우, 관련 절차에 따라 공단에 이의신청심사 요청이 가능합니다.



○ 이의신청은 **심사결과를 통보받은 날로부터 90일 이내** 제기할 수 있습니다.

○ 이의신청은 **1회에 한하여 신청 가능**(장애정도심사규정 제13조 제1항) 합니다.

○ '이의신청서' 양식은 읍·면·동 주민센터에 구비되어 있으며, 장애상태를 증빙할 수 있는 자료를 추가로 제출할 수 있습니다.

○ 이의신청심사의 객관성 강화를 위해서 **원심사에 참여하지 않은 의사로 자문회의를 구성**합니다.

○ 이의신청 심사결과에 불복하는 경우 **심사결과를 통보받은 날로부터 90일 이내에 행정심판**(시·도 행정심판위원회) 또는 **행정소송**(행정법원)을 제기할 수 있습니다.

※ 단, 행정심판 및 행정소송은 이의신청과 관계없이 별도로 진행 가능