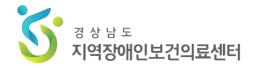
# 장애인 등록 시 장애유형별 필요 서류 안내

## - 뇌전증장애 -

2020. 01

본 자료는 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에 근거하여 장애인 등록의 편의성을 증진하고자 각종 서식을 재구성한 자료입니다. 장애인 등록을 위해 참고로 활용하시길 부탁드리며, 자세한 내용은 주민등록 상 읍면동 행정복지센터를 방문하여 상담 및 안내를 받으시길 권해드립니다.



## 장애진단기관 및 전문의

- (1) 성인 : 장애진단 직전 6개월 이상 진료한 의료기관에서 근무하는 신경과·신경외과·정신건강의학과·소아청소년과·소아신경과 전문의
- (2) 소아청소년(만 18세 미만): 장애진단 직전 6개월 이상 진료한 의료기관의 소아청소년과·소아신경과·신경과· 신경외과 또는 정신건강의학과 전문의

## 장애진단 시 필요한 구비서류

구분	구비서류	필수 기재 사항 및 종류		
뇌전증 장애	장애정도 심사용 진단서	발작의 종류 및 빈도 등 진단소견 기재		
	소견서	뇌전증장애 소견서		
	진료기록지	<ul> <li>♦ 신규등록자</li> <li>- 초진 기록지 및 최근 2년간의 진료기록지(약물투약내역지, 의사경과기록지, 입퇴원요약지 등)</li> <li>♦ 재판정의 경우</li> <li>- 최근 1년 간의 진료기록지(약물투약내역지, 의사경과기록지, 입퇴원요약지 등)</li> <li>※ 뇌파검사는 이미 시행하여 의무기록지에 있는 경우만 제출</li> </ul>		
뇌전증 장애 진단시 Tip	성 인	<ul> <li>         ◆ 최초진단 이후 3년이 경과하고 2년 이상의 지속적이고 적극적인 치료 후에도 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었을 때 진단</li> <li>         ◆ 모든 판단은 객관적인 의무 기록으로 확인하여야함</li> <li>         ◆ 항전간제의 적극적인 치료에도 발작이 지속되는 경우 발작의 형태와 평균 발작횟수에 따라 장애정도를 판정함</li> </ul>		
	소아청소년 (만18세미만)	<ul> <li>↓ 뇌전증성 뇌병증에 속하는 질환(영아연축, 레녹스-가스토 증후군 등)은 최초 진단 이후 1년의 치료기간 이후 진단함</li> <li>↓ 뇌전증성 뇌병증에 속하지 않는 질환은 최초진단 이후 2년의 치료기간 이후 진단함</li> <li>↓ 항전간제의 적극적인 치료에도 발작이 지속되는 경우 발작의 형태와 평균 발작횟수에 따라 장애정도를 판정함</li> </ul>		

#### <장애심사서류 완화>

○ 장애정도 심사용 진단서 : 기존에 등록된 장애인이 장애인연금 신청 등으로 장애정도심사를 받는 경우 성인은 2년 이 내, 소아청소년은 1년 이내에 읍·면·동에 제출한 장애정도 심사용 진단서가 있으면 이를 활용. 다만, 성인의 경우 장애 정도 심사용 진단서에 2년 이상 치료했는지 여부 기재 필요

### 장애 정도 심사용 진단서

진 단 대 상 자	성 명			성 별			
	주민등록번호						
	주 소 (전화번호:						
장애 상태	장애유형						
	장애 부위 또는 질환명						
	장애원인						
	장애 발생 시기						
진료기관 및 의사	의료기관	의사		진료기간			
	의료기관	의사		진료기간 ~			
진단의사의 소견	※ 장애 정도 판정기준에 따라 검사항목、검사결과、장애 상태를 구체적으로 기재						
재 판 정	필요사유		재판정할 시기				

「장애인복지법」제32조 및 같은 법 시행규칙 제3조제3항에 따라 장애 진단 결과를 통보합니다.

진 단의 사명 (의사 면허번호) (전문의 자격번호) 년 월 일

(서명 또는 인)

(전문의 과목)

진단기관명

직인

#### 시장 · 군수 · 구청장 귀하

#### 유의사항 및 작성방법

- 1. 장애진단 및 진단서 발행 시 진단 받는 자가 본인임을 확인해야 합니다.
- 2. 성명, 주민등록번호 등을 위조하거나 변조할 수 없도록 투명테이프 처리한 후에 장애진단의뢰기관에 송부함을 원칙으로 하되, 부득이 사람을 통해 교부하는 경우 봉투의 봉함부분에 의료기관의 간인을 찍어야 합니다.
- 3. 장애유형은「장애인복지법 시행규칙」제2조에 따른 장애유형을 기재합니다.
- 4. 진단의사의 소견란에 X-ray 촬영 여부 등 구체적인 사항을 기재해야 하며, 보건복지부 고시에 따른 장애 정도 판정기준에 부합해야 합니다.
- 5. 장애심사와 관련하여 장애진단을 위한 진료기록 등을 사후에 확인할 수 있습니다.

뇌전증장애 소견서							
성명	주민등록번호	-					
뇌전증 증후군명	있음(구체적으로 기술)	확실치	확실치 않음				
진단일자	치료기간						
뇌파검사 이상유무	있음	없음	없음 시행하지 않음				
뇌영상 촬영 이상유무	있음	없음	시행하지 않음				
	사용약물	순 -	순 응 도				
저그저이	10 16	좋음	나쁨				
적극적인 치료의 증거							
발작의 형태 및. 횟수	발작 형태	횟 수					
	는 기	중증(회/월)	경증(회/월)				
보호자 관리 필요유무	보호자의 지속적인 관리						
	보호자의 간헐적인 관리	필요					
	보호자의 관리 불필요						
기타 의사소견							

년	월	일
선	钽	包

의료기관명칭 : 의사면허번호 : 전문과목 : 의사 성명 : 인