

근로능력평가용 진단서

(앞쪽)

진단 대상자	성명		성별		생년월일	
	주소				전화번호	

진단 질환명	평가대상 질환유형 ① 근골격계 (상하지) <input checked="" type="checkbox"/> ② 근골격계 (척추) <input checked="" type="checkbox"/> ③ 신경기능계 <input checked="" type="checkbox"/> ④ 정신신경계 ⑤ 감각기능계 (청각) ⑥ 감각기능계 (평형) ⑦ 감각기능계 (시각) ⑧ 심혈관계 ⑨ 호흡기계 ⑩ 소화기계 (간질환) ⑪ 소화기계 (위장질환) ⑫ 비뇨생식계 ⑬ 내분비계 ⑭ 혈액 및 종양질환계 ⑮ 피부질환계 (피부질환) ⑯ 피부질환계 (외모·결손질환) ※ 상기 질환유형 중 근로수행에 영향을 미칠만한 가장 중한 질환 2개까지 기재 가능하며, 동일 질환유형으로는 중복 불가 ※ 상기 질환유형에 속하지 아니하더라도 가장 근접한 평가대상 질환유형 을 선택하여 기재 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 표시는 한의사도 진단서 발급이 가능한 질환유형을 의미					
	구분	질환유형 (1)			질환유형 (2)	

	질환유형 (①~⑯ 중 선택)					
	상세 질병명					
	KCD 분류번호					
	발생일/ 진단일 (해당기관의 진료기간)	(. . . . /)			(. . . . /)	

근로능력 평가내용	주요 증상 및 검사소견						
	치료·투약내용 (투약내용은 투약 기록지로 대체 가능)	(구체적인 치료내용, 약물명, 용량, 복용기간)			(구체적인 치료내용, 약물명, 용량, 복용기간)		
	기타 특이사항						
	향후 치료계획 (해당되는 곳에 √표)	① 관찰 필요[] ② 통원치료나 약물치료 필요[] ③ 적극적인 입원이나 수술 필요[] ④ 기타[내용 기재:]			① 관찰 필요[] ② 통원치료나 약물치료 필요[] ③ 적극적인 입원이나 수술 필요[] ④ 기타[내용] 기재:		

발급기관	의료기관명		전문과목	
	소재지			
	면허번호 (전문직 자격번호)			

「국민기초생활 보장법 시행규칙」 제35조제1항제2호에 따라 위와 같이 근로능력평가용 진단서를 발급합니다.

년 월 일

의료기관

직인