■ 자동차보험진료수가에 관한 기준 [별지 제6호 서식] <개정 2014. 8. 28.>

자동차보험 시범재활치료계획 및 환자동의서

1. 일반사항 및 상태소견

① 성명 : □남 □여	② 생년월일 :	③ 지급보증번호 :
④ 사고일자 : 년 월 일	⑤ 입(내)원일자 : 년 월 일	
⑥ 주소 :		
⑦ 입(내)원사유 :		

⑧ 상병코드 및 상병명(주/부/파생은 주상병, 부상병, 파생상병을 의미하며 상병코드는 KCD-6 에 의거 작성)

주/부/파생	상병코드	상병명	치료유무	주/부/파생	상병코드	상병명	치료유무

⑨ 주요검사 (모두표시)	□ 없음 □ X-ray □ MRI □ CT □ 초음파 □ 근전도・신경전도 □ 관절경 □ 적외선체열검사 □ 정신상태검사 □ 심리학적검사 □ Bone scan □ 기타( )
⑩ 주요검사 결과 요약	
⑪ 주요장애 :	
⑫ 주요 활동한계 :	

⑬ 신체부위 마비정도[신경손상 환자에 대해 수행]

마비부위	□없음 □좌상지 □좌하지 □우상지 □우하지			
측정일자 (가장 최근일)	우 측		좌 측	
	상지	하지	상지	하지
년 월 일				

G5(Normal) : 충분한 저항을 이겨내고 완전운동범위 수행
G4(Good) : 약간의 저항 이겨내고 완전운동범위 수행
G3(Fair) : 중력 이겨내고 완전운동범위 수행가능
G2(Poor) : 중력 제거 상태에서 부분적 운동범위 수행
G1(Trace) : 관절운동 없으나 약간 근수축이 있는 경우
G0(Zero) : 관절운동 및 근수축도 없는 경우

⑭ 신체기능자립도[입원환자 및 중등도 신경손상환자에 대해 수행]

ADL	옷 벗고 입기	□완전자립 □부분도움 □완전도움
	세수 하기	□완전자립 □부분도움 □완전도움
	식사하기	□완전자립 □부분도움 □완전도움
	화장실사용하기	□완전자립 □부분도움 □완전도움
	일어나 앉기	□완전자립 □부분도움 □완전도움
	이동하기	□완전자립 □부분도움 □완전도움
처치요구	욕창	□없음 □있음
	특수처치요구	□없음 □있음(장루,기관지관리,투석)
배변장해		□없음 □있음
배뇨장해		□없음 □있음

⑮ 최근통원주기	□1주일에 3~5회 □1주일에 1~2회 □2주일에 1~2회 □3주일에 1~2회 □월 1~2회 정도 □해당없음
⑯ 수술여부	□ 없음 □ 있음(수술명: , 수술일 :)
⑰ 현재까지 치료 요약 및 상병상태에 대한 종합 소견(주요 치료내역 및 상병상태 경과, 통증정도 등에 대하여 기재)	

2. 시범재활치료계획

①예상기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (주)	□ 입원( ) □ 통원( )
②중점재활분야		
③ 위 예상치료기간이 필요한 사유 및 향후 치료계획(필요한 치료 또는 조치 예정 내역 기재)		

④ 기능상태평가	평 가 항 목	평 가 일 자	평 가 점 수

3. 환자동의서

본인은 시범재활치료에 대하여 주치의로부터 설명을 들었으며, 시범재활치료 대상자로 선정되는 경우 시범재활치료를 받는 것에 동의합니다.

년 월 일

성명 : (서명) 환자와의 관계 :

위에 기재한 내용이 사실임을 확인합니다.

작성일자 : 년 월 일

의사면허번호 : 호

전문 과목 : 성명 : (서명)

보험회사 귀하