[별지 제3호서식] <개정 2024. 7. 15.>

※ 해당란에 [✓] 하고 기재하십시오. (앞 면)

산업재해보상보험 요양급여신청 소견서

① 성명(외국인은 영문명)	② 주민등록번호(외국인등록번호)	③ 재해일자
	□□□□□□-□□□□□□□	□□□□년 □□월 □□일
④ 재해 후 최초 진료개시	년 월 일 (:) [ ] 본원 [ ] 타 의료기관( )	
⑤ 본원에 최초 도착일시	년 월 일 (:)	
⑥ 내원방법	[ ] 도보 [ ] 구급차 [ ] 구급차외 차량 [ ] 기타( )	
⑦ 재해자가 의료기관에 진술한 재해경위		
⑧ 재해로 인한 최초 증상 (환자가 진술하는 대로)	년 월 일 (:) 최초 발생	⑨ 재해 당시 의식소실([ ] 유 [ ] 무)
	증상의 내용	
⑩ 현재 환자가 호소하는 증상 (환자의 표현대로)		
⑪ 상병상태에 대한 종합소견 (주요 이학적·도수 검사 등) ※ 상세 소견은 별지 사용 가능		

⑫ 주요검사

[ ]X-Ray [ ]CT [ ]MRI [ ]MRA [ ]심장혈관조영술 [ ]Bone scan [ ]PET
[ ]초음파 [ ]내시경 [ ]관절경 [ ]근(신경)전도 [ ]폐기능 [ ]조직 [ ]적외선체열
[ ]정신상태 [ ]심리학적 [ ]기타·특이사항( )

※ 주요소견 기재 또는 결과지 첨부

⑬ 기존(기초)질환

고혈압([ ]유[ ]무) **혈압약**([ ]미복용[ ]부정기복용[ ]정기복용) **고지혈증**([ ]유[ ]무) **상병관련 가족력**([ ]유[ ]무)
당뇨([ ]유[ ]무) **당뇨치료**([ ]미복용[ ]약물복용 [ ]인슐린) **결핵**([ ]유[ ]무) **간염**([ ]유[ ]무)
[ ]기타·특이사항( )

재해 전 본원에서 유사상병으로 치료를 받은 사실 여부	[ ]유 [ ]무
기타·특이사항(일시・시술명・부위・의료기관)	

⑭ 상병명과 상병코드

상해코드	주/부/파생	상병코드(KCD기준)	세부상병명(확정진단 병명)

(상해코드) 두부(뇌/두개골/두피), 눈, 귀(내/외부), 안면부, 목, 팔, 손/손가락, 가슴/등. 허리, 엉덩이, 다리, 발/발가락, 복합부위, 순환기관, 호흡기관, 소화기관, 비뇨/생식기관, 신경계통, 복부, 전신, 기타 중에서 상병코드별 하나씩 기재

(주/부/파생) 주상병은 한국표준질병사인분류 지침서에 따라 주된 병태에 해당하는 하나의 상병코드에 대해서만 가능

(상병코드) 확진(최종) 진단명이 한국표준질병사인분류표상 속하는 최하위 코드로 코딩하여야 하고, 병태의 외인을 설명하는 부연코드(대분류 코드가 V, Y, Z인 것)는 산재보험에서는 사용하지 않으므로 상병의 병태에 해당하는 코드로 코딩

(오류예시) 하나의 상병으로 코딩할 수 없는 여러 상병을 하나로 표시하는 것, 질병 또는 손상에 의한 상병인지를 확인하지 않고 한국표준질병사인분류상 대분류 M코드를 손상으로(또는 S코드를 질병으로) 코딩

(210mm×297mm, 일반용지 60g/㎡)

(뒷 면)

⑮ 입원	예상기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (주)
	사 유	[ ]수술 [ ]의식장애 [ ]외·기기고정 [ ]석고붕대고정 [ ]절대안정 [ ]안정 및 보호 [ ]이동불가 [ ]기타
⑯ 통원	예상기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (주)
	사 유	
	취업치료 여부(근무 병행치료)	※ 취업치료(근무 병행치료)는 치료받으면서 근무가 가능한 상태를 말함(의학적 판단) [ ] 취업치료가능 [ ] 취업치료 불가능 : 향후 ( )개월 후 가능성 재판단

⑰ 수술	수술여부	[ ] 없음 [ ] 있음	수술명	
	수술(예정)일	년 월 일	수술의료기관	[ ] 본원 [ ] 타원( )

⑱ 계속 동반 치료가 필요한 기존질환명	
⑲ 집중재활치료의 필요 구분	(※**재활인증의료기관에서 제공하는 전문재활치료**로서 발병일 또는 수술일로부터 ㉮6개월 이내의 뇌혈관, ㉯3개월 이내의 척추·견관절·주관절·완관절·수부·고관절·슬관절·족관절·족부질환자, ㉰해당기간 도과했으나 재활치료 효과가 기대되는 사람에게 제공, 단, 염좌, 타박상 등 경미한 상병은 제외) [ ] 일정기간 집중재활치료 곤란 [ ] 3개월 이내 치유 또는 13급 이하의 장해 예상 [ ] 집중재활치료 필요(또는 예정) [ ] 집중재활치료 질환자 아님 [ ] 상태 악화 또는 수술 예정 [ ] 집중재활치료 불필요( )

협진, 병행진료가 필요한 진료과목		**심리상담 필요** (개인별 심리상담 지원)	[ ] 필요

의료기관 변경	변경할 의료기관명:	소재지:
	의료기관 변경사유:	
	※의료기관 변경이란 생활근거지 또는 전문적 치료 등을 위해 현재 요양 중인 의료기관에서 다른 의료기관으로 변경하는 것을 말합니다.	
	의료기관 변경(예정)일자	년 월 일

<첨부서류>	1. 신청 상병을 확인할 수 있는 각종 검사자료 및 결과지 각1부. 2. 절단, 화상, 좌멸창, 욕창은 환부 칼라사진 3. 정신질환의 경우 진단의 근거를 의학적으로 입증할 수 있는 응급진료 또는 초진기록지 등 의무기록 및 각종 검사 결과지 각1부.(뇌영상 검사, 뇌파 검사, 심전도 검사, 정신상태 검사, 심리학적 검사, 갑상선 기능검사 등)

위에 기재한 내용이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

의료기관 주소:

전화번호: 의사면허번호: 호

팩스번호: 전문과목: (전문의: 호)

의료기관명: (서명 또는 인) 성 명: (서명 또는 인)

근로복지공단 지역본부(지사)장 귀하

자문의사 소견

년 월 일 **자문의사명** (서명 또는 인)

(210mm×297mm, 일반용지 60g/㎡)