

[서식 4-1호] 발달재활서비스 의뢰서

발달재활서비스 의뢰서			병록번호	
			연 번 호	
신청인	성 명	생년월일		
	주 소			
병 명	<input type="checkbox"/> 시 각 <input type="checkbox"/> 청 각 <input type="checkbox"/> 언 어	<input type="checkbox"/> 뇌병변 <input type="checkbox"/> 지 적 <input type="checkbox"/> 자폐성	발병 연월일	
(예견되는 장애 유형에 '√' 표시)				년 월 일
발달재활 서비스 필요 분야*(서비스 필요영역에 ☑표 하세요)				
영역	세부영역			
<input type="checkbox"/> 신체발달	<input type="checkbox"/> 감각	<input type="checkbox"/> 소근육	<input type="checkbox"/> 대근육	
<input type="checkbox"/> 의사소통	<input type="checkbox"/> 구문/의미	<input type="checkbox"/> 음운/청력	<input type="checkbox"/> 화용	
<input type="checkbox"/> 심리행동	<input type="checkbox"/> 행동문제	<input type="checkbox"/> 정서/심리	<input type="checkbox"/> 사회성	
선택사항	<input type="checkbox"/> 지능			
향후 발달재활서비스에 대한 소견				
(언어재활, 청능재활, 미술심리재활, 음악재활, 행동재활, 놀이심리, 재활심리, 감각발달재활, 운동발달재활, 심리운동 등 필요한 발달재활서비스에 대한 소견)				
첨부 검사자료에 따라 위와 같이 진단함. ※ 검사자료 사본첨부				
년 월 일 (서명 또는 인)				
병·의원 주소(전화번호) : 병·의원 명 : 의사면허번호 : ()과 전문의 의사명 :				

* 발달재활 서비스 필요영역은 1개 이상의 필요영역을 선택(모든 영역을 선택할 필요는 없음)