

장애 정도 심사용 진단서 (작성예시)

진단대상자	성명	성별	
	주민등록번호		
	주소	(전화번호:)	
장애상태	장애유형	췌장장애	
	장애 부위 또는 질환명	췌장	
	장애원인	당뇨병/췌장염/췌장절제/췌도부전 등	
	장애 발생 시기	2023년 5월	
진료기관 및 의사	의료기관 ○○대학교병원	의사 홍길동	진료기간 2023. 5. 15. ~ 현재
	의료기관	의사	진료기간 . . . ~ . . .
진단의사의 소견	※ 장애정도 판정기준에 따라 검사항목·검사결과·장애상태를 구체적으로 기재 상기 환자는 1형(또는 2형)당뇨병으로 진단되어 2023년 5월부터 본원에서 치료중임 - '6개월 이상 지속적으로 1일 트레시바 18단위(저녁), 피아스프 15-20-20단위 적용 중임' 또는 - '6개월 이상 지속적으로 1일 기저 인슐린(란투스) 30단위, 매 식사때마다 초속효성 인슐린(휴마로 그) 15단위 적용 중임' ○ 아래와 같이 두 번(신규 진단시 두 번, 재판정 진단시 한 번)의 검사 결과를 확인함 (예시1) ① 2026.02.03. 혈액포도당 152 mg/dl, C-peptide 0.45 ng/mL ② 2026.05.10. 혈액포도당 145 mg/dl, C-peptide 0.42 ng/mL (예시2) ① 2026.03.11. 혈액포도당 142 mg/dl, 당화혈색소 C-peptide/creatinine 0.171 nmol/mmol ② 2026.06.26. 혈액포도당 145 mg/dl, 당화혈색소 C-peptide/creatinine 0.186 nmol/mmol (예시3) ① 2026.02.03. 혈액포도당 152 mg/dl, C-peptide 0.45 ng/mL ② 2026.06.26. 혈액포도당 145 mg/dl, 당화혈색소 C-peptide/creatinine 0.186 nmol/mmol (예시4) 2026 02.03 GAD(+), IA-2(+)		
재판정	필요사유	재판정할 시기	2년후

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

년 월 일

(서명 또는 인)

진단의사명
(의사 면허번호)

(전문의 자격번호 000000)
(분과전문의 자격번호 000000)

(내과/소아청소년과 전문의)
(내분비대사분과/내분비분과)

진단기관명

직인

시장·군수·구청장 귀하

유의사항 및 작성방법

1. 장애진단 및 진단서 발행 시 진단 받는 자가 본인임을 확인하여야 합니다.
2. 성명, 주민등록번호, 등을 투명테이프 처리한 후에 장애진단의뢰기관에 송부함을 원칙으로 하되, 부득이 인편에 의한 경우 봉투의 봉합부분에 의료기관의 간인을 찍어 송부하여야 합니다.
3. 장애유형은 「장애인복지법 시행규칙」 제2조에 따른 장애유형을 기재합니다.
4. 진단의사의 소견란에 X-ray 촬영 여부 등 구체적인 사항을 기재하여야 하며, 장애등급 판정기준(보건복지부 고시)에 부합하여야 합니다.
5. 장애심사와 관련하여 장애진단을 위한 진료기록 등을 사후에 확인할 수 있습니다.