

<b>발달재활서비스 의뢰서</b>						<b>병록번호</b>	
						<b>연 번 호</b>	
<b>신청인</b>	<b>성 명</b>				<b>생년월일</b>		
	<b>주 소</b>	(전화)					
<b>병 명</b>		<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	<b>발병 연월일</b>			
(예견되는 장애 유형에 ‘√’ 표시)				<b>년 월 일</b>			
<b>발달재활 서비스 필요 분야*(서비스 필요영역에 ☑표 하세요)</b>							
<b>영역</b>		<b>세부영역</b>					
<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			
<b>선택사항</b>		<input type="checkbox"/> 지능					
<b>향후 치료에 대한 소견</b>							
(언어, 청능, 미술, 음악, 행동, 놀이, 심리운동, 재활심리, 감각재활, 운동재활 등 필요한 발달재활서비스에 대한 소견)							
첨부 검사자료 및 세부영역 검사 결과에 따라 위와 같이 진단함.							
※ 세부영역 검사결과서[서식4-2] 및 검사자료 사본첨부							
<div style="text-align: right;"> <b>년      월      일</b>  (서명 또는 인) </div>							
<b>병 · 의원 주소(전화번호) :</b> <b>병 · 의원 명 :</b> <b>의사면허번호 :</b> ( )과 전문의 의사명 :							

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