

산업재해보상보험 업무상질병 전문소견서(근골격계 질병)

([]허리부위

[]어깨부위)

① 성명(외국인은 영문명)		② 주민등록번호(외국인등록번호)				③ 재해일자							
						년 월 일							
④ 기본정보	상병명	주/부/파생	상병코드	세부 상병명(확정진단 병명)									
	※ 세부상병명(확정진단 병명)												
	어깨 부위	[] 해당 ([] 왼쪽 []오른쪽) []비해당											
	사고동반 여부	[] 해당 (년 월 일) []비해당											
	진단일	년 월 일											
현병력													
과거병력 및 사고이력	※ 근골격질환의 과거병력, 어깨부위 신청한 경우 상지부위 사고이력(교통사고 포함) 기술												
취미활동	※ 취미활동의 내용과 빈도 기술												
⑤ 영상 의학 소견	허리 부위	검사방법	[] CT [] MRI [] CT, MRI 모두 실시										
		검사일:	년 월 일										
		[] L1-2	추간판	[] 정상 [] 팽윤 [] 돌출 [] 탈출 및 파열									
			신경근 압박	[] 없음 [] 약간 있음 [] 명확함									
			급성 탈출 소견	[] 없음 [] 약간 있음 [] 명확함									
			기타소견	※ 추간판 외의 소견 기술(척추분리증, 협착증, 척추체 전위증 등)									
		[] L2-3	추간판	[] 정상 [] 팽윤 [] 돌출 [] 탈출 및 파열									
			신경근 압박	[] 없음 [] 약간 있음 [] 명확함									
			급성 탈출 소견	[] 없음 [] 약간 있음 [] 명확함									
			기타소견	※ 추간판 외의 소견 기술(척추분리증, 협착증, 척추체 전위증 등)									
		[] L3-4	추간판	[] 정상 [] 팽윤 [] 돌출 [] 탈출 및 파열									
			신경근 압박	[] 없음 [] 약간 있음 [] 명확함									
			급성 탈출 소견	[] 없음 [] 약간 있음 [] 명확함									
			기타소견	※ 추간판 외의 소견 기술(척추분리증, 협착증, 척추체 전위증 등)									
		[] L4-5	추간판	[] 정상 [] 팽윤 [] 돌출 [] 탈출 및 파열									
			신경근 압박	[] 없음 [] 약간 있음 [] 명확함									
			급성 탈출 소견	[] 없음 [] 약간 있음 [] 명확함									
			기타소견	※ 추간판 외의 소견 기술(척추분리증, 협착증, 척추체 전위증 등)									

⑤ 영상 의학 소견	허리 부위		추간판	☐ 정상 ☐ 팽윤 ☐ 돌출 ☐ 탈출 및 파열			
			신경근 압박	☐ 없음 ☐ 약간 있음 ☐ 명확함			
		☐ L5-S1	금성 탈출 소견	☐ 없음 ☐ 약간 있음 ☐ 명확함			
			기타소견	※ 추간판 외의 소견 기술(척추분리증, 협착증, 척추체 전위증 등)			
	어깨 부위	검사방법	☐ 초음파 ☐ MRI ☐ 초음파, MRI 모두 실시				
			검사일: 년 월 일				
		☐ 극상근	힘줄	☐ 정상 ☐ 힘줄염 ☐ 부분파열 ☐ 완전파열			
			근육 위축	☐ 없음 ☐ 약간 위축 ☐ 상당히 위축			
		☐ 극하근	힘줄	☐ 정상 ☐ 힘줄염 ☐ 부분파열 ☐ 완전파열			
			근육 위축	☐ 없음 ☐ 약간 위축 ☐ 상당히 위축			
		☐ 견갑하근	힘줄	☐ 정상 ☐ 힘줄염 ☐ 부분파열 ☐ 완전파열			
			근육 위축	☐ 없음 ☐ 약간 위축 ☐ 상당히 위축			
기타소견			※ 회전근개 외의 소견 기술(이두근, 관절와순병변 등)				
⑥ 수술	수술여부	☐ 미실시 ☐ 실시		소견	※ 수술명과 수술시 관찰된 소견을 간략하게 기술		
	수술일자	년 월 일					

<첨부서류>	1. 신청 상병을 확인할 수 있는 각종 검사자료 및 결과지 각1부.
	2. 진단의 근거를 의학적으로 입증할 수 있는 응급진료 또는 초진기록지 등 의무기록 및 각종 검사 결과지 각1부.

위에 기재한 내용이 사실임을 확인합니다.

 년 월 일

의료기관 주소:		의사면허번호:	호
전화번호:		전문과목:	(전문의를 호)
팩스번호:		성 명:	(서명 또는 인)
의료기관명:	(서명 또는 인)		