



<p>장애진단서 / MEDICAL REPORT</p> <p>대한민국 정부와 필리핀공화국 정부 간의 사회보장협정 AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KOREA AND THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES</p>	<p>필리핀 실무기관 기재란/ FOR USE BY THE PHILIPPINES INSTITUTION ONLY Date of Receipt: (MM/DD/YYYY)</p> <p>Verified by:</p>
---	--

**A. 가입자 또는 청구인 작성란/
TO BE COMPLETED BY THE INSURED/APPLICANT**

1. 가입자 성명/ Name of the insured /	이름/First	Middle	성/Last																				
2. 전화번호/ Telephone number	3. 전자우편주소 /E-mail address																						
4. 한국 주민(외국인) 등록번호/ Korean Resident(Alien) Registration Number	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																						
5. 주소/address																							

(의사 성명)

본인은 한국 국민연금제도에 의한 장애연금 수급권 결정을 위해 _____에게 본인의 청구서와 관련하여 모든 의료정보를 한국 국민연금공단에 제공하도록 위임합니다./

(Name of Medical Doctor)

I hereby authorize _____ to disclose any medical information, in respect to my application, to the Korean National Pension Service for the purposes of determining whether I am disabled under the Korean National Pension Scheme.

서명일/ Date _____ 월/MM _____ 일/DD _____ 년/YYYY

가입자 또는 청구인의 서명/
Signature of the insured/applicant _____

B. 의사 작성란/ TO BE COMPLETED BY A MEDICAL DOCTOR

귀하의 환자는 한국 국민연금법에 따라 장애연금을 청구하고, 귀하에게 자신의 의료 정보를 제공할 수 있는 권한을 위임했습니다. 귀하의 환자에 대한 장애연금 수급권을 결정할 수 있도록 다음의 질문에 답변하여 주십시오. 펜을 사용하여 읽기 쉽게 작성해 주십시오. 접수된 자료는 귀하의 환자의 장애연금 수급권 결정을 위해서만 사용되고, 한국 법령의 보호를 받게 됩니다./

Your patient is applying for a disability pension under the Korean National Pension Scheme and has provided you with authorization to release his or her medical information. Please complete the following to assist us in determining eligibility. Please use a pen and write legibly. Any information provided by you will be used only for the purpose of determining your patient's eligibility for a disability pension under the Scheme, and will be protected under the Korean legislation.

1. 장애의 원인이 되는 상병명/ Sickness or injury causing disability		2. 장애 발생일/ Date of disability Occurrence	(일/월/년) (MM/DD/YY)
3. 초진일 ^{a)} / Date of first medical examination	(일/월/년) (MM/DD/YY)	4. 완치일 ^{b)} / Completely cured date	(일/월/년) (MM/DD/YY)
5. 장애부위/ Region of disability		6. 영구장애 여부/ Permanent disability	<input type="checkbox"/> 예/ Yes <input type="checkbox"/> 아니오/ No

a) "초진일"이란, 귀하의 환자가 장애의 원인이 된 질병 또는 부상에 관하여 처음으로 진찰을 받은 날을 의미합니다. /

"Date of first examination" means the date when your patient was initially examined by a medical doctor regarding sickness or injury which caused his or her disability.

b) "완치일"이란, 질병 또는 부상이 의학적으로 치료되었거나 장애가 고정되고 의학적인 치료로도 개선될 가능성이 없는 날을 의미합니다. /

"Completely cured date" means the date when the sickness or injury was medically cured, or when the sickness or injury was fixed to the extent that the effect of medical treatment cannot be expected any more.

7. 진단병명/ Diagnosis(es)

8. 장애상태/ Current state of disability

* 아래 두 가지 날짜 중 하나를 기준으로 모든 임상 증상 및 장애상태를 자세히 기재해 주세요.
필요시 도표나 그림으로 표시하십시오./

Please describe in detail all clinical symptoms and the state of disability based on one of the following two dates.
If necessary, indicate with a diagram or picture.

① 장애가 초진일로부터 1년 6개월 이내에 완치된 경우: 완치일/

Where the disability is completely cured within one and half years from the first medical examination:
Completely cured date ^{a)}

② 장애가 초진일로부터 1년 6개월이 경과하여도 완치되지 아니한 경우: 초진일로부터
1년 6개월 경과시점 및 현재시점/

Where the disability is not completely cured within one and half years from the first medical
examination: the date of one and half years passed or the date of application.

9. 현 질병과 관련된 종전의 또는 중요한 질병 내역/

Relevant or significant previous medical history

* 병명, 발생일과 현재 상태 등을 기재해주세요./

Please describe the name of disability, date of occurrence and its current state, etc.

10. 입원/ Hospitalization

* 의료기관명, 최근 2년간 입원일수, 입원사유, 치료내역/

Name of institutions, dates of hospitalization in the past two years, reason(s) for admission and treatment

11. 최근 검진에 대한 의견/

Observations and detailed findings on the most recent clinical examination

- * 측정할 수 있는 기능상의 장애가 있는 경우, 자세하게 기재하십시오./
Please note any measurable functional limitations.

12. 소견서, 검사서, X선 필름 등 목록/

Relevant doctor's opinions, laboratory reports, X-ray, etc.

- * 귀하가 첨부물을 송부한 경우, 첨부물을 돌려 받기를 희망합니까?/
If you have included any enclosures, do you wish them to be returned?

예/ Yes 아니오/ No

13. 현재 치료/ Current Treatment

- * 현재까지 치료한 내용을 모두 기재하십시오.(치료기간, 수술명, 수술일, 투약종류 등 포함)/
Please describe all of the medical treatments and procedures that have been taken until now. (Please detail the information including period of treatment, names and dates of procedures, types of medication, etc.)

14. 향후 장애상태/ Outlook for disability

a. 일상생활 또는 노동능력에 대한 의견/ Opinion on capacity of daily life activities or work

- * 해당사항에 (x) 표기하십시오./ Please mark an appropriate item with an (x).

- 노동활동 불능으로 상시개호 필요/
Incapable for any type of labor and necessary to receive continuous care or vigil
- 노동능력의 상당한 제한/ Highly limited in labor capacity
- 노동능력의 현저한 제한/ Severely limited in labor capacity
- 노동능력의 경미한 제한/ Slightly limited in labor capacity
- 일반 노동능력 유지/ Maintaining normal work capacity
- 기타(상세 기술)/ Others(Please describe in detail:

b. 예후/ Prognosis

* 향후 치료계획 등이 있으면 기재하십시오./

If there are any plans scheduled for future medical examination, please detail including where, when and by whom.

c. 변동가능성/ Possibility to any changes

c-1) 향후 변동가능성이 있습니까?/ Are there any possibility of changes in future?

예/Yes 아니오/No

c-2) 변동가능사유/ Reason for possible changes

:

15. 진단기관 확인/ Confirmation of Medical Facility

진단기관명/ Name of medical facility		전화번호/ Telephone number/											
진단 의사명/ Name of medical doctor		전자우편 주소/ E-mail address/											
주소/ Address													
날짜/ Date <table border="1" data-bbox="284 1803 730 1877"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 월/MM 일/DD 년/YYYY											진단 의사의 서명/ Signature of medical doctor		