

<서식 3>

영유아 발달 정밀검사 결과통보서				
검사대상자	성 명		주민등록번호	
	주 소		전화번호	
구 분	검사항목	검사결과		
	인지검사			
	언어검사			
	작업검사			
	...			
	...			
	...			
	...			
담당의사소견 (재활치료 필요 여부)	* 검사항목, 검사결과, 발달지연 정도를 구체적으로 기재			
검사결과	☐ 양호 ☐ 이상 (병명 :) * 뇌병변, 지적, 자폐성, 언어 등 예견되는 장애유형 기재			
진 단 일		담당의사	면허번호	
			성 명	(서명)
건강검진기본법 제25조에 따라 국가건강검진을 받은 수검자에 대하여 발달 정밀검사를 실시하고 그 결과를 통보합니다. 년 월 일 진 단 의 사 명 (서명) (의사면허번호) (전문의 과목) (전문의 자격번호) 검사 의료기관명 (인)				
※ 비 고 1. 통보서 발행 시 검사 받는 자가 대상자 본인임을 확인하여야 합니다. 2. 성명, 주민등록번호 등을 투명테이프 처리한 후에 영유아의 보호자에게 교부합니다. 3. 담당의사의 소견란에 검사항목 및 발달지연 정도 등 구체적인 사항을 기재합니다.				