

아동의 이름: _____ 성 _____ 이름 _____

생년월일: ____ / ____ / ____ MM DD YYYY

섹션 2: 다음 정보를 공유하려면 부모의 사전 서면 동의가 필요합니다:

부모/법적 보호자의 사전 서면 동의 필요

위탁원은 다음의 정보 및 모든 첨부 문서를 포함하기 위해 사전 공지 후 서면으로 부모의 동의를 구했음을 확인합니다.
위탁원 서명: _____

위탁 사유 추가 정보:

발달 문제에 관해 추가 정보를 기재합니다. 아동이 EIP에 적격하다고 확인할 수 있도록, 발달 지연으로 여겨질 수 있는 발달 영역에서 완료된 검사 및 아동의 기능 문제를 하나 이상 포함하십시오.

아동이 발달지연 문제를 보이는 모든 기능 영역에 체크하십시오(문서가 첨부된 경우 관련 설명 또는 참고 사항 포함):

- 조정 능력: _____
- 인지 능력: _____
- 의사소통: _____
- 신체적 능력(대근육 및 소근육의 운동 기술과 시각, 청각, 구강 운동의 섭식 및 연하 장애 포함): _____
- 사회적/정서적 발달: _____
- 문서 첨부함: _____
- 진단받은 상태(진단/국제질병분류(International Classification of Diseases, ICD-10) 코드): _____

추가 위탁자 세부 정보: _____

부모/법적 보호자 서명: _____ 날짜: ____ / ____ / ____

참고 사항: 작성 가능한 위탁 양식에 아동의 기록/보고서 첨부에 대한 동의를 위해 부모/법적 보호자의 전자 서명을 포함하는 경우, 해당 서명에는 양식에 서명한 날짜와 시간이 포함된 전자 서명 유효성 검사 마커(Adobe Acrobat, DocuSign 등과 같은 응용 프로그램을 통해 사용 가능)도 포함되어야 합니다. 해당 보호 장치를 사용할 수 없고 섹션 2에 대해 부모/법적 보호자 서명이 필요한 경우, 위탁 양식을 인쇄해서 부모/법적 보호자가 종이 사본에 동의 서명을 해야 합니다.

부모의 사전 서면 동의를 받아 조기 치료 프로그램에 대한 적격성 판단에 도움이 되는 기록 또는 보고서를 첨부하십시오.

Office Use Only

FOR OFFICE USE ONLY

Date Referral Received: ____ / ____ / ____ ISC Requested: _____ Assigned ISC: _____

ISC Agency and Phone: (____) ____-____ Date of ISC Assignment: ____ / ____ / ____

Data Entry Date: ____ / ____ / ____ Due Date for IFSP: ____ / ____ / ____

*본 양식을 작성할 때 지침을 참고하십시오. 양식은 우편, 팩스 또는 아동의 카운티/거주지 자치제 당국의 조기 치료 프로그램으로 전달될 수 있습니다.

위탁 연령 요건:

조기 치료 프로그램(Early Intervention Program, EIP)에 위탁은 3세 미만의 아동을 대상으로 해야 합니다. 아동이 3세 생일로부터 45일 이내에 위탁되고 교육법 제 4410조에 따라 잠재적으로 서비스를 받을 수 있는 자격이 있는 경우, 조기 치료 프로그램 담당자(Early Intervention Official, EIO)는 부모의 서면 동의를 받아 해당 아동을 거주 지역 교육구의 미취학 아동 특수 교육 위원회(Committee on Preschool Special Education)에 위탁합니다. EIO는 3세 생일로부터 45일 이내에 위탁된 아동을 대상으로 평가 또는 초기 개별화 가족 서비스 계획(Individualized Family Service Plan, IFSP) 회의를 수행할 필요가 없습니다.

섹션 1:

지역 EIP에 위탁할 때 완료해야 하는 필드가 포함되어 있습니다. 위탁 양식은 섹션 1 정보만을 포함하여 섹션 1을 완료한 후 제출할 수 있습니다. 섹션 1의 정보를 제출하는 데는 부모의 동의가 필요하지 않습니다. 위탁 의사를 반드시 부모에게 알려야 하며, 부모가 반대할 경우에는 위탁할 수 없습니다.

부록 1 참조: 부모/법적 보호자가 위탁을 거부할 때 해야 할 일

모든 위탁 정보를 또렷하게 쓰시거나 타이핑하십시오.

아동 거주 카운티:

아동이 거주하는 카운티를 적으십시오. 이는 EIP 위탁을 보내는 카운티가 됩니다.

위탁 날짜:

이는 위탁원이 지역 EIP에 위탁을 제출하는 날짜입니다. 위탁 날짜는 정확하게 적는 것이 중요합니다.

아동 정보

아동 이름:

제공된 공간에 아동의 전체 이름을 기재하십시오(아동의 성, 이름, 중간 이름). 아동 이름의 철자가 정확한지 확인하십시오. 별명을 사용하지 마십시오.

생년월일:

아동의 생년월일은 MM/DD/YYYY 형식입니다.

아동 및 부모/법적 보호자가 주로 사용하는 언어 또는 의사소통 방식:

아동과 부모/법적 보호자가 주로 사용하는 언어 또는 의사소통 방식을 기재하십시오.

성별:

아동의 성별(남 또는 여)을 나타내는 상자에 체크하십시오.

아동의 주소:

아동의 전체 주소(아파트 동 호수 포함), 도시 및 우편번호 + 4를 포함하여 기재하십시오.

민족 및 인종:

해당하는 각 섹션의 상자에 체크하십시오. 아동을 위해 두 개 이상의 인종을 선택할 수 있습니다.

위탁 사유:

이 섹션에서는 EIP에 위탁하는 이유를 선택합니다. **한 가지 이유만 선택**하는 것이 중요합니다.

1. 장애가 있는 것으로 의심:

위탁된 아동이 하나 이상의 기능 영역(적응 능력, 인지 능력, 의사소통, 신체적 능력(시각, 청각, 구강 운동의 섭식 및 연하 장애 포함), 사회적/정서적 발달)에서 장애/발달지연이 있는 것으로 의심됩니다. 장애(발달지연 포함)가 있는 것으로 의심되는 아동에 대한 위탁은 다음을 기준으로 합니다.

- A. 발달검사 또는 진단 절차 결과로 얻게 된 아동의 발달 경과에 대한 직접적인 경험, 관찰, 통찰
- B. 발달지연 또는 장애를 보이는 부모로부터 제공된 정보
- C. 또는, 부모가 그러한 위탁을 요청하는 경우.

참고: 퇴원 전에 입원 환자의 신생아 청력 선별검사를 통과하지 못했으며 외래 환자의 영유아 청력 검사를 통과하지 못한 영유아는 장애가 있는 것으로 의심되어, 청각 전문의의 재량에 따른 재검사나 확인(진단) 청력 검사를 받기 위해 EIP에 위탁됩니다. 난청이 의심되는 유아는 생후 3개월 이전에 진단적 청각 검사를 받아야 합니다.

2. 장애 판정:

이 아동은 발달지연을 초래할 가능성이 높은 신체적 또는 정신적 진단을 받았기 때문에 EIP에 위탁되고 있습니다.

부록 2 참조: 발달지연 가능성이 높은 신체적, 정신적 상태 진단

발달 모니터링 (아동 찾기 시스템)

3. 위험:

이 아동은 장애 진단을 받지 않았으며, 위탁원은 아동이 현재 장애를 가지고 있다고 의심하지 않습니다. 그러나 아동이 장애를 가질 위험이 있기 때문에 발달 모니터링을 위해 아동을 위탁하고 있습니다.

부록 3 참조: 장애 위험이 있는 아동의 위탁은 다음의 의학적/생물학적 또는 유아기 위험 기준에 따라 이루어져야 합니다.

- 아동학대 예방 및 치료에 관한 법률(Child Abuse Prevention and Treatment Act, CAPTA)에 따른 위탁: 발달지연이 의심되지 않거나 발달지연 가능성이 높다는 진단을 받은 상태로 연방 정부의 CAPTA에 따라 EIP에 위탁된 아동을 **위험한 상태의 아동이라고** 합니다.

4. 신생아 청력 선별검사 실패로 인한 위험:

유아가 신생아 청력 선별검사를 통과하지 못하고 적시에 필요한 후속 조치를 받지 못했거나, 생후 직후 청력 선별 검사(Early Hearing Detection and Intervention, EHDI) 프로그램에 따른 문서가 누락된 경우에도 해당 유아는 위험 범주로 분류됩니다.

위탁원 정보

위탁원:

- 위탁하는 사람의 연락처 정보.
- 공백란에 이름과 성을 기재하십시오.
- 개인이 기관에서 일하는 경우 기관 또는 시설을 기재하십시오.
- 주소를 기재하십시오.
- 필요한 경우 위탁원에 연락할 수 있는 전화번호(내선 번호 포함)와 팩스 번호를 기재하십시오.
- 필요한 경우 위탁원에 연락할 때 사용할 이메일 주소를 기재하십시오. 개인건강정보(protected health information, PHI)는 이메일 서신에 포함되어서는 안 됩니다. 자세한 내용은 **추가 조기 치료 프로그램(EIP) 위탁 정보/리소스**에서 동료에게 보내는 서신 - 개인식별정보 교환을 위한 이메일 사용의 부모 동의에 관한 조기 치료 제공자의 설명을 참고하십시오.

모든 주요 위탁원은 부록 4를 참고하십시오.

위탁원 유형: (하나만 선택) 아래 목록에서 가장 적합한 항목을 선택하십시오

- **부모/법적 보호자**
 - 부모
 - 법적 보호자인 친구/친척(상세 기술)
- **기타 가족 구성원(상세 기술)**
 - 법적 보호자가 아닌 친구/친척(상세 기재)
- **아동의 담당 주치의**
 - 의사/소아과 의사
- **병원 또는 진료소**
 - 병원
 - 의료인
 - 신생아 청력 선별검사
 - 공공/지역사회 보건 시설(지역 보건국 내 진료소)
- **지역사회 프로그램/EIP 제공자**
 - 아동 찾기
 - 탁아 시설 제공자
 - EIP 제공자
 - 헤드 스타트 프로그램
 - 사내/지자체 직원
 - 교육구 AKA 지역 교육 기관
 - 검사 및 모니터링(위험)
- **기타(상세 기술)**
 - 후원자일 경우 친구/친척(상세 기술)
 - 사회 복지 기관
 - 기타(상세 기술)

부모/법적 보호자 정보

부모/법적 보호자 정보:

- 정보를 빠짐없이 기재해 주십시오.
- 부모/법적 보호자 연락처 정보가 한 명 이상 포함되어 있고 공백을 전부 채웠는지 확인하십시오.
- 공백에 각 부모/법적 보호자의 성 및 이름과 함께 부모/법적 보호자에게 연락할 수 있는 주소와 전화번호를 기재하십시오.
- 해당하는 경우, 아동과 친족 관계에 있는 사람을 기재하십시오.

보육인/대체 연락원 이름:

본인에게 필요하고 해당하는 경우, 부모에게 연락할 수 있는 다른 사람의 이름과 연락처 정보를 기재하십시오.

아동과의 관계:

이 개인과 아동의 정확한 관계에 대해 확인란에 체크하십시오.

아동 이름:

아동의 전체 이름(아동의 성과 이름)을 포함하십시오. 별명을 사용하지 마십시오.

아동의 생년월일:

아동의 생년월일은 MM/DD/YYYY 형식입니다.

섹션 2:

이 섹션은 부모/법적 보호자가 이 정보를 포함하도록 서면 동의를 제공한 경우에만 작성하고 정보를 제출할 수 있습니다.

이 위탁 양식의 섹션 2에 정보를 포함하고 EIP에 대한 아동의 적격성을 확인하는 데 사용할 수 있는 추가 의료 정보 또는 기타 기록을 첨부하기 위해 부모의 사전 서면 동의를 받았음을 확인하는 상자에 체크하고 서명하십시오.

선정된 평가 기관은 위탁 정보와 첨부된 의료 기록을 사용하여 필요한 평가 유형을 결정합니다. 이 위탁에는 종합적인 정보가 포함되는 것이 중요합니다(부모/법적 보호자의 서면 동의 하에). 평가 기관은 EIP 적격성을 결정하기 위해 종합 심사 및/또는 여러 전문 분야 평가(multidisciplinary evaluation, MDE) 또는 평가가 필요한지 여부를 결정합니다.

위탁 사유 추가 정보:

이 섹션에는 아동이 EIP에 위탁되는 이유를 뒷받침하도록 아동에 관한 모든 수집된 정보가 포함됩니다.

아동이 EIP에 적격하다고 확인할 수 있도록, 발달지연으로 여겨질 수 있는 하나 이상의 발달 영역에서의 발달 우려 사항(완료된 검사 포함) 및 아동의 기능에 대한 추가 정보를 포함하십시오.

기능 영역:

위탁원에서 아동이 발달지연을 보이는 것으로 식별할 수 있는 기능 영역을 선택하십시오.

- 조정 능력
- 인지 능력
- 의사소통
- 신체적 능력(대근육 및 소근육의 운동 기술과 시각, 청각, 구강 운동의 섭식 및 연하 장애 포함)
- 사회적/정서적 발달

식별된 발달지연과 관련된 모든 설명을 포함하거나 문서가 첨부되었음을 확인합니다.

진단받은 상태 및 국제질병분류(ICD-10) 코드:

위탁원은 아동의 진단 상태를 명시하고 아동에게 적합한 국제질병분류(ICD-10) 진단 코드를 포함해야 합니다. 둘 이상의 진단 상태와 ICD-10 코드가 위탁 양식에 포함될 수 있습니다.

부록 5 참조

참고: 주요 위탁원은 발달지연 또는 다음의 EIP 자격 요건과 일치하는 발달지연 진단을 초래할 가능성이 높다고 진단을 받은 상태의 아동에 대해 해당 부모에게 알릴 책임이 있습니다:

1. EIP 자격은 여러 전문 분야 평가(MDE)에 의해 결정됩니다.
2. 자격 결정에 도움이 되는 진단받은 상태나 기록, 보고서가 없는 아동의 부모 혹은 보호자, 또는 진단에 필요한 기록 또는 보고서를 전송하는 주요 위탁원에 대한 사전 서면 동의 제공의 중요성.

부모/법적 보호자에게 사전 서면 동의를 얻은 경우:

EIP에 대한 아동의 적격성을 결정하는 데 도움이 되는 의료 또는 기타 기록/보고서를 첨부하십시오.

부모/법적 보호자의 서명 및 날짜:

참고 사항: 작성 가능한 위탁 양식에 아동의 기록/보고서 첨부에 대한 동의를 위해 부모/법적 보호자의 전자 서명을 포함하는 경우, 해당 서명에는 양식에 서명한 날짜와 시간이 포함된 전자 서명 유효성 검사 마커(Adobe Acrobat, DocuSign 등과 같은 응용 프로그램을 통해 사용 가능)도 포함되어야 합니다. 해당 보호 장치를 사용할 수 없고 섹션 2에 대해 부모/법적 보호자 서명이 필요한 경우, 위탁 양식을 인쇄해서 부모/법적 보호자가 종이 사본에 동의 서명을 해야 합니다.

이는 부모/법적 보호자가 자녀의 의료 정보를 EIP로 전송하는 데 사전 서면 동의를 했음을 의미합니다.

공무용:

이 섹션은 수신하는 카운티에서 작성합니다.

추가 조기 치료 프로그램(EIP) 위탁 정보/리소스:

조기 치료 프로그램에 관련된 뉴욕주 규제 및 공중보건법은 다음과 같습니다. 공중보건법 제25조 제목 II-A: <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/PBH/A25T2-A> 및 10 NYCRR 섹션 69-4.3: 위탁: <https://regs.health.ny.gov/book/export/html/48709>

동료에게 보내는 서신 - 개인식별정보 교환을 위한 이메일 사용의 부모 동의에 관한 조기 치료 제공자의 설명:

이 문서에는 EIP에서의 이메일 사용에 관한 정보가 포함되어 있습니다: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/2009-10_early_intervention_parent_consent_to_use_email.htm

조기 치료 제안서 94- 3: 조기 치료 프로그램에 대한 위탁 절차 재발행<MM/YYYY>. 이 문서에는 위탁에 관한 특정 정보가 포함되어 있습니다: <https://www.health.ny.gov/guidance/oph/cch/bei/94-3.pdf>

위탁 보낼 위치:

위탁은 아동이 현재 거주하고 있는 카운티의 조기 치료 담당자(EIO)에게 보내야 합니다. 주요 위탁원은 미국 우편 또는 팩스를 통해 위탁 자료를 전송할 수 있습니다. 지자체 당국/카운티 연락처 목록은 다음에서 확인할 수 있습니다: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/county_eip.htm

조기 치료 프로그램에 대한 부모 정보:

부모를 위한 조기 치료 프로그램 정보는 뉴욕주(NYS) 조기 치료 프로그램 웹사이트에서 확인할 수 있습니다: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm

뉴욕주 거주자에게는 다음 브로슈어가 무료로 제공됩니다:

조기 도움이 변화를 만듭니다! (생후 3세까지의 아동 발달 이정표를 강조한 브로슈어)

조기 치료 단계: 조기 치료 프로그램에 대한 부모 기본 안내서 (이 안내 책자에서는 조기 치료 프로그램에 관해 설명합니다)

신생아 청력 선별검사 브로슈어:

- 당신의 아이는 들을 수 있나요?
- 아이가 청력 검사를 통과했습니다.
- 아이에게 또 다른 검사가 필요합니다.

임상진료지침(뉴욕주 지침은 과학적 근거와 효과적 진료에 대한 전문가의 임상적 소견을 바탕으로 권장 사항을 제공합니다):

- 자폐증/전반적 발달 장애- 영유아(0~3세)를 위한 평가 및 치료
- 의사소통 장애- 영유아(0~3세)를 위한 평가 및 치료
- 다운 증후군- 영유아(0~3세)를 위한 평가 및 치료
- 난청- 영유아(0~3세)를 위한 평가 및 치료
- 운동 장애- 영유아(0~3세)를 위한 평가 및 치료
- 시각 장애- 영유아(0~3세)를 위한 평가 및 치료

이러한 자료는 뉴욕주 보건부(NYSDOH) 조기 치료 프로그램(EIP) 웹사이트에서 전자 자료로 볼 수 있습니다. 이러한 자료는 뉴욕 거주자라면 NYS DOH 배포 센터를 통해 무료로 주문할 수 있습니다. 주문 양식은 NYSDOHEIP 웹사이트 또는 다음 링크를 통해 확인할 수 있습니다: https://www.health.ny.gov/forms/order_forms/eip_publications.pdf

부록

부록 1

부모/법적 보호자가 위탁을 거부할 때 해야 할 일

주요 위탁원:

- 주요 위탁원의 위탁 및 후속 조치에 대한 부모의 이의에 대해 서면 문서를 유지합니다.
- 아동이 장애가 있는 것으로 의심되거나 위험한 상황인 경우, 조기 치료 담당자(EIO)의 이름과 연락처 정보를 부모에게 제공합니다.
- 2개월 이내에 부모와 함께 후속 조치를 취할 수 있도록 합당한 노력을 다하고, 적절한 경우 부모가 반대하지 않는 한 아이를 EIP에 위탁합니다.

부록 2

발달지연 가능성이 높은 신체적, 정신적 진단 상태는 다음과 같습니다: (10 NYCRR 69-4.3(f))

- 발달지연과 관련된 염색체 이상(예: 다운 증후군)
 - 발달지연과 관련된 증후군 및 증상(예: 태아 알코올 증후군)
 - 신경 근육 장애(예: 뇌성마비, 이분척추, 소두증 또는 대두증을 포함하여 중추신경 증후군에 영향을 미치는 것으로 알려진 모든 장애)
 - 뇌의 세균/바이러스 감염 또는 머리/척추 외상에 따른 중추신경계(central nervous system, CNS) 이상에 대한 임상적 증거
 - 난청(치료나 수술로 교정할 수 없는 난청 진단)
 - 시각 장애(치료(안경, 콘택트렌즈 또는 수술 포함)로 교정할 수 없는 시각 장애 진단)
 - 정신 질환 진단(예: 영아 및 유아기의 반응성 애착 장애)
 - 정서 및 행동 장애
-

부록 3

장애 위험이 있는 아동의 위탁은 다음의 의학적/생물학적 또는 유아기 위험 기준에 따라 이루어져야 합니다:

신생아 위험 기준	영아 위험 기준	기타 위험 기준
<ul style="list-style-type: none"> 출생체중 1000~1501 그램 재태 연령 33주 미만 중추신경계 손상 또는 이상(신생아 발작, 두개내출혈, 48시간 이상 인공호흡기 지원 필요, 출산 외상 포함) 선천적 기형 가사(아프가 점수 5분에 3점 이하) 근긴장 이상(과긴장성 또는 저긴장성) 고빌리루빈혈증(> 20mg/dl) 저혈당증(혈당 20mg/dl 미만) 성장 결핍/영양 문제(예: 재태 연령에 비해 작음, 심각한 섭식 문제) 선천성 대사장애(Inborn Metabolic Disorder, IMD)의 존재 후천적 또는 선천적 감염(예: HIV, B형 간염, 매독) 신생아 집중치료실(Neonatal Intensive Care Unit, NICU)에 10일 이상 입원 산모의 산전 알코올 남용 산모의 산전 불법 약물 남용 잠재적 발달에 영향을 미치는 것으로 알려진 치료 약물들(예: 항정신성 약물, 항경련제, 항종양제)에 대한 태아기 노출 산모의 페닐케톤뇨증(PKU) 신생아 청력 선별검사 실패 또는 중후군을 포함한 가족력이 있을 경우 난청의 위험이 있으며 해당 아동은 사후 검진이 필요합니다. 실명이나 심각한 시각 장애를 일으키는 질환의 가족력을 포함한 시각 장애 위험 발달지연 위험을 높일 수 있는 유전 증후군의 존재 	<ul style="list-style-type: none"> 발달 상태에 대한 부모 또는 보육인의 우려 중추신경계에 영향을 미치고 10일 이상 소아 집중치료실에 입원해야 하는 심각한 질병 또는 외상성 부상 정맥 혈중 수치 상승(15 mcg/dl 이상) 성장 결핍/영양 프로그램(예: 심각한 유기적 또는 비유기적 성장장애, 심각한 철분 결핍성 빈혈) 만성 또는 중증 중이염(최소 3개월 이상 지속) HIV 감염 아동학대 또는 가혹행위 징후 	<ul style="list-style-type: none"> 산전 건강관리 안 함 산전 발달장애의 또는 심각하고 지속적인 정신질환 진단 부모의 약물 남용 생후 6개월까지 보육이 제대로 이루어지지 않거나 예방접종이 심각하게 지연됨 주요 위탁원에 의해 확인된 기타 위험 기준

부록 4

주요 위탁원

다음의 주요 위탁원은 3세 미만이며 장애가 있다고 의심되거나 장애의 위험이 있는 영유아를 식별한 경우, 해당 영유아가 이미 위탁되었거나 부모가 반대하는 게 아니라면 식별 후 **2영업일 이내에** 해당 영유아를 지자체에서 지정한 담당자에게 위탁해야 합니다:

- 면허, 인증 또는 등록에 의해 승인된 범위 내에서 서비스를 제공할 자격을 갖춘 모든 개인
- 승인된 모든 평가자, 서비스 조정자 및 조기 치료 서비스 제공자
- 병원
- 아동 의료 서비스 제공자
- 탁아 시설 제공자
- 지역 보건소(지역 보건부)
- 지역 교육구
- 아동복지 시스템의 공공기관 및 직원을 포함한 지역 사회복지 지구
- 공중보건 시설
- 가정폭력 대피소 및 기관
- 노숙자 가족 보호소
- 공중보건법 제28조, 정신위생법 제16조 또는 정신위생법 제31조에 따라 승인된 진료소의 운영자

부록 5

조기 치료 프로그램의 적격성 판단에 사용하기 위해 발달지연을 초래할 가능성이 높은 적격 진단 요건으로 지정된 **국제질병분류 코드(ICD-10 Codes)**의 목록은 현재도 유지 관리되고 있으며, 해당 주의 조기 치료 데이터 시스템(State Early Intervention Data System)에 있는 건강 상거래 시스템(Health Commerce System, HCS)에서 접근할 수 있습니다.

HCS 및 해당 주의 조기 치료 데이터 시스템에 접근할 수 없는 사람들을 위해, 본 정보는 다음의 국가 재정 중개인(PCG) 웹사이트에서도 접근할 수 있습니다: www.eibilling.com. 가장 최근에 업데이트된 ICD 코드 목록은 웹사이트의 지식 기반(Knowledge Base) 탭에서 검색 기능을 사용해 찾을 수 있습니다.