[서식 5]

영유아 보청기 검수확인서
(보건복지부 영유아난청관리)

대상 영유아	성명		생년월일	
보호자	성명	(관계:)	연락처(휴대폰)	
주소(거주지)				

영유아 보청기 처방 및 검수확인 기준

1) 복지부 난청 환아관리에 동의한 만 3세 미만(36개월 미만) 영유아(거주지 보건소 신청일 기준)
2) 양측성 난청이면서, 청력이 좋은 귀의 평균 청력역치가 청각장애등급을 받지 못하는 40~59dB의 난청이 있는 경우에만 지원
3) 기준이 되는 청력검사(반드시 대학병원급 병원에서 시행)
   - 청성뇌간반응검사(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 2회 이상 시행(ABR 반드시 포함)
     (최소 1개월 이상의 간격으로 2회 이상 실시하고, 가장 좋은 검사결과 또는 가장 최근 검사결과의 평균 역치를 기준으로 두 청력역치의 차이가 10dB 이내인 경우에 인정)
     * 평균 청력역치 : ABR은 측정치의 평균, ASSR은 청각장애등급의 6분법 기준
4) 양측 보청기 지원 (개당 131만원 한도)
5) 보청기 처방 받은 병원에서 보청기 착용 및 검수 확인을 원칙으로 함(예외의 경우 검수확인란에 사유 기재)
6) 검수확인은 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과 후 보청기 착용 상태에서 청력개선 효과가 확인될 경우 발급

보청기				
	구입일 :		구입처 :	
	구입가격 :		구입처 대표명 :	
	보청기 제품명 :		코드 :	
	착용 측	우( ), 좌( ), 양측( )	보청기 형태	
	평균 청력역치(기도)	보청기 착용 전 (처방전 결과)	보청기 착용 후 (음장검사)	
		우( ), 좌( ), 양측( )	우( ), 좌( ), 양측( ), 기타:	
	말소리 듣기, 명료도(%)	우: HL %, 좌: HL % 검사불가:( )	우: HL %, 좌: HL % 검사불가:( )	
	※ 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과 후 구입한 보청기를 착용한 상태에서 실시하는 검사(음장검사, 실이측정 등) 결과 또는 보청기 착용 후 언어발달 상태에 따라 청력개선 효과가 있다고 판단되는 경우에 검수확인 합니다.			

검수확인	(보장구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기록)

상기 소견으로 보청기 검수를 확인합니다.

년 월 일

요양기관 명칭(요양기관 기호) :
담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호
전문과목 : 전문의 자격번호 제 호

비고: 검수확인서 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 별도 부담하지 않습니다.