

[서식 4]

영유아 보청기 처방전 (보건복지부 영유아난청관리)				
대상 영유아	성명		생년월일	
보호자	성명	(관계: )	연락처(휴대폰)	
주소(거주지)				
<b>영유아 보청기 처방 기준</b>				
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 검사결과와 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)				
환자 상태 및 진료 소견	1. 고막 및 외이도 상태 우측: _____ 좌측: _____ 2. 청력검사 종류 <input type="checkbox"/> 청성뇌간반응(ABR) <input type="checkbox"/> 청성지속반응(ASSR) <input type="checkbox"/> 순음청력검사 <input type="checkbox"/> 기타 _____ 3. 청력검사 시행일 1차: _____ 2차: _____ 3차:(추가 검사 시행 시) _____ 4. 최종 평균 청력역치 (가장 좋은 평균 역치) 우측: _____ dB   좌측: _____ dB 5. 보청기 처방 부위: <input type="checkbox"/> 우측 ___ <input type="checkbox"/> 좌측 ___ <input type="checkbox"/> 양측 ___ 6. 특이사항 (말소리인지, 언어발달, 중복장애 등)			
상기 소견으로 보청기를 처방합니다.				
_____ 년    _____ 월    _____ 일				
요양기관 명칭(요양기관 기호) : _____ 담당의사 : _____ (서명 또는 날인)    면허번호 제 _____ 호 전문과목 : _____    전문의 자격번호 제 _____ 호				
비고 : 1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 별도 부담하지 않습니다. 2. 처방전에는 반드시 해당 검사 결과지와 진료기록지를 첨부하여야 합니다.				