[서식 4]

영유아 보청기 처방전
(보건복지부 난청환아관리)

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

영유아 보청기 처방 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)

환자 상태 및 진료 소견

1. 고막 및 외이도 상태
우측: _____ 좌측: _____

2. 청력검사 종류
☐ 청성뇌간반응(ABR) ☐ 청성지속반응(ASSR)
☐ 순음청력검사 ☐ 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: ☐ 우측 ___ ☐ 좌측 ___ ☐ 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.