

보조기기(개인용 음성증폭기·보청기) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

[] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호		
	보장기관명 (기호)	의료급여 종별	[] 1종	[] 2종
	집 전화번호		휴대전화번호	

② 장애 구분	장애유형(주장애)	장애 정도	[] 심한 장애 [] 심하지 않은 장애	
	중복장애유형(부장애)		[] 심한 장애 [] 심하지 않은 장애	

③ 처방 보조기기	[] 개인용 음성증폭기			
	[] 보청기	[] 우	[] 좌	

④ 확인사항	구분			해당 여부			
	개인용 음성증폭기		후두 전적출술 여부		[]		
	보청기	보청기 사용이 일상생활에 도움이 될 것으로 판단된다.			[]		
		고막 및 바깥귀길 상태 검사상 보청기 착용이 가능하다.			우[]	좌[]	
		검사 결과	평균 순음청력역치 ※ 6분법 $[(a+2b+2c+d)/6]$ 에 따라 계산합니다. 이 경우 a는 500Hz, b는 1000Hz, c는 2000Hz, d는 4000Hz입니다.			우[]dB	좌[]dB
			말소리 명료도(%)			우[]%	좌[]%
			※ 처방전 발행일 6개월 이전에 시행한 검사를 기준으로 모든 값을 적고, 검사결과지를 첨부해야 합니다.				
	양측 대상 여부	19세 미만으로 양측 급여 대상자에 해당된다. ※ 양측 80dB 미만 난청환자 / 양측 간 순음청력역치 차이 15dB 이하 ※ 양측 말소리명료도 50% 이상 / 양측 간 말소리명료도 차이 20% 이하			[]		

⑤ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명:

(서명 또는 인)

면허번호:

전문과목:

전문의 자격번호:

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수확인서를 받아야 합니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따른 장애유형으로 장애인 등록이 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[] 장애인 등록 전"의 []에 √ 표시를 합니다.
※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.

작성방법

- ① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적습니다.
- ③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 보청기의 경우 착용측을 반드시 표시합니다.
- ④ 확인사항: 보청기 검사의 경우 고막 및 바깥귀길 상태의 정상 여부 등 검사결과를 기재한 후 처방해야 하며, 만 4세 이하 영유아 등 말소리 명료도의 측정이 불가능한 경우에는 ⑤ 환자상태 및 진료소견란에 그 사유를 적습니다.
- ⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.