<서식 15>

# 장애친화 건강검진 사전 체크리스트

※ 본원은 구강검진을 실시하지 않습니다.

| 성명 | | 성별 | ☐ 남 ☐ 여 | 생년월일 | 년 월 일 |
|---|---|---|---|---|---|
| 연락처 | (수검자) | | (조력인) | | |
| 장애유형 | ☐ 지체 ☐ 뇌병변 ☐ 시각 ☐ 청각 ☐ 언어 ☐ 지적 ☐ 자폐 ☐ 정신 ☐ 신장 ☐ 심장<br>☐ 호흡기 ☐ 간 ☐ 안면 ☐ 장루·요루 ☐ 뇌전증 | | | | |
| 검진희망일 | 년 월 일 시 분 | | | | |
| 검진유형 | ☐ 일반건강검진 ☐ 구강건강검진 (본원 미실시)<br>국가암검진 ☐ 위암 ☐ 간암 ☐ 대장암 ☐ 유방암 ☐ 자궁경부암 ☐ 폐암 | | | | |

| 구분 | 지원 내용 | 예 | 아니오 |
|---|---|---|---|
| 동행 | 1. 건강검진기관 방문 시 조력인 등과 동행하십니까? | ☐ | ☐ |
| | 1-1. 어떤 조력인 등과 동행하십니까? (중복 선택 가능)<br>☐ 가족 및 친인척 ☐ 활동지원사 등 활동보조자 ☐ 안내견(보조견) ☐ 기타 | | |
| | 1-2. 검사를 원활하게 받기 위해 진료과정 전반에 조력인 등과 동행을 원하십니까? | ☐ | ☐ |
| | 2. 건강검진 과정 전반의 조력을 위해 의료기관에서 지원하는 보조인력의 동행(도움)이 필요합니까? | ☐ | ☐ |
| 이동 | 4. 휠체어, 목발 등 이동 보조기기를 사용하고 있습니까? | ☐ | ☐ |
| | 4-1. 어떤 이동 보조기기를 사용하십니까?<br>☐ 전동 휠체어 ☐ 수동 휠체어 ☐ 지팡이·목발 ☐ 기타 _____ | | |
| 의사소통 | 5. 검진과 상담 시 의사소통을 위한 보조가 필요하십니까? | ☐ | ☐ |
| | 5-1. 어떤 의사소통 방법을 선호하십니까?<br>☐ 수어통역 ☐ 구화 ☐ 필담(문자) ☐ 대화용 장치 ☐ 기타 _____ | | |
| 서류작성 | 6. 검진 시 필요한 서류(문진표 등)를 작성하는 데 도움이 필요하십니까? | ☐ | ☐ |
| 탈의 | 7. 검진 시 검사복으로 갈아입는 데 도움이 필요합니까? | ☐ | ☐ |
| 검사진행 | 8. 선 자세로 검사를 받는 것이 어렵습니까? | ☐ | ☐ |
| | 9. 휠체어에서 검진장비로 옮겨가기 위해 도움이 필요합니까? | ☐ | ☐ |
| | 10. 검사용 소변을 채취하는 데 안내 인력의 도움이 필요합니까? | ☐ | ☐ |
| | 10-1. 소변을 채취하기 위해 도뇨관을 사용해야 합니까?<br>※ 채뇨방법에 대해 검진기관과 사전협의가 필요합니다. | ☐ | ☐ |
| 결과상담 | 11. 검진 결과에 대해 직접 상담받기 원하십니까?<br>※ 별도 진료 필요 | ☐ | ☐ |
| 결과통보 | 12. 검진 결과지를 어떤 형태로 받아 보기를 원하십니까?<br>☐ 일반 문자 ☐ 점자인쇄물 | | |
| 기타 | 추가적으로 필요한 사항이 있으시면 기재하여 주십시오. | | |