

장애친화 건강검진 사전 체크리스트

※ 해당 서비스는 장애정도 중증(중전 1~3급)에게만 지원됩니다. 요청하신 지원 서비스는 검진기관 사정에 따라 사전 협의 후 조정될 수 있습니다.

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

구분	지원 내용	예	아니오
동행	1. 건강검진기관 방문 시 조력인(가족 또는 활동지원사 등)과 동행하십니까?		
	1-1. 검사를 원활하게 받기 위해 검진과정 전반에 조력인과 동행을 원하십니까?		
	2. 건강검진 과정 전반의 조력을 위해 안내인력의 동행이 필요하십니까?		
	3. 건강검진기관 방문 시 안내견의 대기장소가 필요하십니까?		
이동	4. 휠체어, 목발 등 이동 보조기기를 사용하고 있습니까?		
	4-1. 어떤 이동 보조기기를 사용하십니까? □ 전동 휠체어 □ 수동 휠체어 □ 지팡이·목발 □ 기타 _____		
의사소통	5. 검진과 상담 시 의사소통을 위한 도움이 필요하십니까?		
	5-1. 어떤 의사소통 방법을 선호하십니까? □ 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 필요하십니까?		
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? ※ 채뇨방법에 대해 검진기관과 사전협의를 필요합니다.		
결과상담	11. 검진 결과에 대해 직접 상담받기 원하십니까? (※별도 진료 필요)		
결과통보	12. 검진 결과지를 어떤 형태로 받아 보기를 원하십니까? □ 일반 글자 □ 점자인쇄물 □ 전자 점자파일 ※ 전자 점자파일을 요청하신 경우, 이메일 주소를 기재하여 주십시오 ()		
기타	■ 추가적으로 필요한 사항이 있으시면 기재하여 주십시오.		