

[장애친화 산부인과 사전체크리스트]

※ 요청하신 지원 서비스는 의료기관 사정에 따라 사전 협의 후 조정될 수 있습니다.

성명		생년월일	년 월 일
연락처1		연락처2	
장애유형	☐ 지체 ☐ 뇌병변 ☐ 뇌전증 ☐ 시각 ☐ 청각 ☐ 언어 ☐ 안면 ☐ 신장 ☐ 심장 ☐ 호흡기 ☐ 간 ☐ 장루,요루 ☐ 지적 ☐ 자폐 ☐ 정신 ※중복장애가 있는 경우 중복 체크해 주십시오.		
장애 중등도	☐ 장애가 심한 장애인(종전 1~3급) ☐ 장애가 심하지 않은 장애인(종전 4급 이하)		
진료 희망일	년 월 일 시 분		
주요 진료 목적			

구분	지원내용	예	아니오
동행	1. 병원 방문 시 조력인(가족 또는 활동지원사 등)과 동행하십니까?		
	1-1. 원활하게 진료를 받기 위해 진료과정 전반에 조력인과 동행을 원하십니까?		
	2. 진료과정 전반의 보조인력의 동행(도움)이 필요하십니까?		
	3. 병원 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(_____)		
의사 소통	5. 진료 시 의사소통을 위한 도움이 필요하십니까?		
	5-1. 어떤 의사소통 방법을 선호하십니까? ☐ 수어통역 ☐ 구화 ☐ 필담(문자) ☐ 대화용 장치 ☐ 기타(_____)		
진료 진행	6. 검사용 소변을 채취하는 데 도움이 필요하십니까?		
	7. 검사를 위해 옷을 입고 벗을 때 도움이 필요하십니까?		
	8. 휠체어에서 진찰대로 옮겨가기 위해 도움이 필요하십니까?		
	9. 산부인과 검사 자세를 취하기 위해 도움이 필요하십니까?		
기타	■ 추가적으로 필요한 사항이 있으면 기재하여 주십시오.		