

## [장애친화 산부인과 사전체크리스트]

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

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

| 구분       | 지원내용   | 예 | 아니오 |
|----------|--|---|-----|
| 동행       | 1. 병원 방문 시 조력인 등과 동행하십니까?  |   |     |
|          | 1-1. 어떤 조력인 등과 동행하십니까?(중복선택 가능)<br><input type="checkbox"/> 가족 및 친인척 <input type="checkbox"/> 활동지원사 등 돌봄종사자<br><input type="checkbox"/> 안내견(보조견) <input type="checkbox"/> 기타_____        |   |     |
|          | 1-2. 원활하게 진료를 받기 위해 진료과정 전반에 조력인 등과 동행을 원하십니까?   |   |     |
|          | 2. 진료과정 전반의 조력을 위해 의료기관에서 지원하는 보조인력의 동행(도움)이 필요하십니까?   |   |     |
| 이동       | 4. 휠체어, 목발 등 이동 보조기기를 사용하고 있습니까?   |   |     |
|          | 4-1. 어떤 이동 보조기기를 사용하십니까?<br><input type="checkbox"/> 전동 휠체어 <input type="checkbox"/> 수동 휠체어 <input type="checkbox"/> 지팡이·목발 <input type="checkbox"/> 기타(_____)                           |   |     |
| 의사<br>소통 | 5. 진료 시 의사소통을 위한 도움이 필요하십니까?   |   |     |
|          | 5-1. 어떤 의사소통 방법을 선호하십니까?<br><input type="checkbox"/> 수어통역 <input type="checkbox"/> 구화 <input type="checkbox"/> 필담(문자) <input type="checkbox"/> 대화용 장치 <input type="checkbox"/> 기타(_____) |   |     |
| 진료<br>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.   |   |     |