

장애친화 산부인과 사전 체크리스트

※ 사전 체크리스트 다운로드 후 작성하여 메일 또는 문자로 회신 부탁드립니다. (df-obgy@paik.ac.kr)

※ 의료기관 상담 전화를 통해서도 작성 가능합니다. (010-3348-6770)

※ 사전 체크리스트를 통해 다양한 장애 지원 서비스를 요청하실 수 있습니다.

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

성명	생년월일	년월일	구분	지원내용
연락처1 (본인)	연락처2 (보호자/보호인)		진료 목적	
			예약	☐ 사전 예약 ☐ 방문 접수 ☐ 기타 ()
장애 유형	☐ 지체 ☐ 뇌병변 ☐ 시각 ☐ 청각 ☐ 언어 ☐ 지적 ☐ 자폐 ☐ 정신 ☐ 안면 ☐ 신장 ☐ 심장 ☐ 호흡기 ☐ 간 ☐ 장루, 요루 ☐ 뇌전증 ☐ 기 타 ()		동행	병원 방문시 보호자(가족 또는 보호인 등)와 동행하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
				어떤 이동수단으로 방문 예정입니까? ☐ 자차 ☐ 도보 ☐ 버스 ☐ 지하철 ☐ 택시 ☐ 기타 ()
				병원까지 오시는데 걸리는 소요시간은 얼마입니까? ☐ 30분 이내 ☐ 30분 이상 ~ 1시간 이내 ☐ 1시간 이상 ☐ 그 외 ()
				진료과정 전반의 조력을 위해 전문인력의 동행이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
장애 중등도	☐ 장애가 심한 장애인 (구 1~3급) ☐ 장애가 심하지 않은 장애인 (구 4급 이하)		이동	휠체어, 목발 등 이동 보조기기를 사용하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 - 어떤 이동 보조기기를 사용하십니까? ☐ 전동휠체어 ☐ 수동휠체어 ☐ 지팡이·목발 ☐ 기타 ()
				병원 방문시 휠체어 대여가 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
기타 사항	추가적으로 필요한 사항이 있으시면 기재하여 주십시오		의사 소통	휠체어에서 진찰대로 옮겨가기 위해 도움이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
				진료시 의사소통을 위한 도움이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 - 어떤 의사소통 방법을 선호하십니까? ☐ 수어통역 ☐ 필담(문자) ☐ 기타 ()
			진료 진행	선 자세로 검사를 받는 것이 어렵습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
				검사를 위해 옷을 입고 벗을 때 도움이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
				검사용 소변을 채취하는데 도움이 필요하십니까? - 소변을 채취하기 위해 도뇨관 사용이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
			산부인과 검사 자세를 취하기 위해 도움이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오	

※ 중복 장애가 있는 경우 중복 체크해 주십시오