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

구분	지원내용	예	아니오
동행	1. 건강검진기관 방문시 조력인(가족 또는 활동지원사등)과 동행하십니까?		
	1-1. 검사를 원활하게 받기 위해 검진과정 전반에 조력인과 동행을 원하십니까?		
	2. 건강검진 과정 전반의 조력을 위해 안내인력의 동행이 필요하십니까?		
	3. 건강검진기관 방문시 안내견의 대기장소가 필요하십니까?		
이동	4. 휠체어, 목발등 이동 보조기기를 사용하고 있습니까?		
	4-1 어떤 이동 보조기기를 사용하십니까? □ 전동 휠체어 □ 수동 휠체어 □ 지팡이·목발 □ 기타		
의사소통	5. 검진과 상담시 의사소통을 위한 도움이 필요하십니까?		
	5-1. 어떤 의사소통 방법을 선호하십니까? □ 수어통역 □ 구화 □ 필담(문자) □ 대화용 장치 □ 기타		
서류작성	6. 검진시 필요한 서류(문진표 등)를 작성하는데 도움이 필요하십니까?		
탈의	7. 검진시 검사복으로 갈아입는데 도움이 필요하십니까?		
검사진행	8. 선 자세로 검사를 받는 것이 어렵습니까?		
	9. 휠체어에서 검진장비로 옮겨가기 위해 도움이 필요합니까?		
	10. 검사용 소변을 채취하는데 안내 인력의 도움이 필요합니까?		
	10-1. 소변을 채취하기 위해 도뇨관을 사용해야 합니까? ※ 채뇨방법에 대해 검진기관과 사전협의가 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 ( )		

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