

<서식 5> 장애인 진료(검사) 사전 체크리스트

성명		성별		생년월일	
연락처	(대상자) (조력인)				
장애유형	<input type="checkbox"/> 지체 <input type="checkbox"/> 뇌병변 <input type="checkbox"/> 시각 <input type="checkbox"/> 청각 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 지적 <input type="checkbox"/> 자폐 <input type="checkbox"/> 정신 <input type="checkbox"/> 신장 <input type="checkbox"/> 심장 <input type="checkbox"/> 호흡기 <input type="checkbox"/> 간 <input type="checkbox"/> 안면 <input type="checkbox"/> 장루·요루 <input type="checkbox"/> 뇌전증 <input type="checkbox"/> 미해당(장애등록 전)				
장애정도	<input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인(중전 1~3급) <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인(중전 4급 이하)				

구분	지원내용	예	아니오
동행	1. 병원 방문시 조력인 등과 동행하십니까?		
	1-1. 어떤 조력인 등과 동행하십니까? <input type="checkbox"/> 가족 및 친인척 <input type="checkbox"/> 활동지원사 등 돌봄종사자 <input type="checkbox"/> 안내견(보조견) <input type="checkbox"/> 기타_____		
	1-2. 진료 및 검사를 원활하게 받기 위하여 진료과정 전반에 조력인 등과 동행을 원하십니까?		
	2. 진료 과정 전반의 조력을 위해 의료기관에서 지원하는 보조인력의 동행(도움)이 필요하십니까?		
이동	3. 휠체어, 목발 등 이동 보조기기를 사용하고 있습니까?		
	3-1. 어떤 이동 보조기기를 사용하십니까? <input type="checkbox"/> 전동휠체어 <input type="checkbox"/> 수동휠체어 <input type="checkbox"/> 지팡이, 목발 <input type="checkbox"/> 기타 _____		
의사소통	4. 진료 및 검진시 의사소통을 위한 도움이 필요하십니까?		
	<input type="checkbox"/> 수어통역 <input type="checkbox"/> 구화 <input type="checkbox"/> 필담(문자) <input type="checkbox"/> 대화용 장치 <input type="checkbox"/> 기타 _____		
서류작성	5. 필요한 서류(접수, 동의서 등)를 작성하는데 도움이 필요하십니까?		
탈의	6. 검사복으로 갈아입어야 하는 경우 도움이 필요하십니까?		
진료 및 검사진행	7. 선 자세로 검사를 받는 것이 어렵습니까?		
	8. 휠체어에서 진찰대, 검진장비로 이동할 때 도움이 필요하십니까?		
	9. 검사용 소변을 채취할 때		
	9-1. 검사용 소변을 채취하기 위해 도뇨관을 사용해야 합니까? * 채뇨방법에 대해 검진기관과 사전협의가 필요합니다.		
진료, 검사결과서	10. 진료(검사) 결과에 대해 자료 제공은 어떤 형태로 받아보기 원하십니까? <input type="checkbox"/> 일반글자 <input type="checkbox"/> 점자 인쇄물 <input type="checkbox"/> 전자점자파일(이메일: _____)		
귀가지원	11. 귀가 시 이동지원 연계가 필요하십니까?		
기타	기타 추가적으로 필요한 사항이 있으면 기재하여 주십시오		

※ 요청하신 지원 서비스는 장애인 의료기관 이용편의 지원사업 수행기관 형편에 따라 사전 협의 후 조정될 수 있습니다.
 ※ 선다형 항목은 중복선택이 가능합니다(장애정도 제외).

<서식 10> 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

장애인의 의료기관 이용편의 지원사업 수행기관은 「개인정보보호법」에 명기된 관련 개인정보보호 규정에 의거, 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제3조제4호, 제9조에 의한 업무를 처리함에 있어 장애인 건강관리 및 의료기관 이용편의 관련 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용 및 제3자에게 제공하고자 합니다.

※ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 일부 서비스를 제공받으실 수 없습니다.

1. 개인정보 수집·이용에 대한 동의

[개인정보의 수집·이용 목적]

귀하의 개인정보를 다음과 같은 이유로 수집합니다.

- 각종 서비스 지원 및 관리
- 이용현황 및 관련통계 산출
- 서비스 이용자 정보 DB운영 및 관리(장애인건강보건관리시스템을 활용한 정보 관리 포함)
- 각종 서비스 안내를 위한 우편물, 문자 및 이메일 발송
- 사업 효과 평가 및 정책 방향 연구 통계 생성

[수집하는 개인정보 항목]

- 성명, 생년월일, 성별, 전자우편(이메일), 전화번호, 주소, 가족구성원(보호자)의 정보, 건강상태, 장애정보

[개인정보 보유 및 이용기간]

- 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유합니다.

개인정보의 수집 및 이용 목적에 동의하십니까?

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

2. 개인정보의 제3자 제공에 대한 동의

장애인 의료기관 이용편의 지원사업 수행기관이 수집한 개인정보는 아래의 목적 및 내용 등에 따라 다른 기관에 제공하게 됩니다.

[개인정보의 이용·제공 목적]

- 타 기관의 서비스 의뢰 및 연계
- 이용현황 및 관련통계 산출
- 서비스 이용자 정보 DB 운영 및 관리(장애인건강보건관리시스템을 활용한 정보 관리 포함)
- 사업 효과 평가 및 정책 방향 연구 통계 생성

[개인정보 제공 항목]

- 성명, 생년월일, 성별, 전자우편(이메일), 전화번호, 주소, 가족구성원(보호자)의 정보, 건강상태, 장애정보

[개인정보의 제공 대상]

- 보건복지부, 지자체, 국립재활원(중앙장애인보건의료센터), 사회보장정보원, 보건소, 국민건강보험공단, 사회법인·단체·시설, 유관 정부기관 또는 공공기관, 의료기관, 업무위임·위탁기관, ○○기관(*추가 제3자 제공 필요 시 자유 기재)

[개인정보의 보유 및 이용기간]

- 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유합니다.

개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까?

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

3. 민감정보의 수집·이용동의

장애인 의료기관 이용편의 지원사업 수행기관에서 수집한 개인의 장애정보 및 건강정보는 민간정보로서 아래의 수집·이용 목적에 필요한 용도 이외로는 사용되지 않으며 수집·이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 구할 것입니다.

[민감정보 수집·이용 목적]

- 각종 서비스 지원 및 관리
- 이용현황 및 관련통계 산출
- 서비스 이용자 정보 DB운영 및 관리(장애인건강보건관리시스템을 활용한 정보 관리 포함)
- 각종 서비스 안내를 위한 우편물, 문자 및 이메일 발송
- 사업 효과 평가 및 정책 방향 연구 통계 생성

[민감정보 항목]

- 장애정보 및 건강정보

[민감정보의 보유 및 이용기간]

- 상기 민감정보의 이용목적 소멸 시까지 보유합니다.

민감정보의 수집에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 「개인정보보호법」 제15조·제17조, 제22조 및 제23조에 따른 개인정보, 민감정보의 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 그 처리에 동의합니다.

년 월 일

* 성명			
* 주소			
* 휴대폰 번호		전자우편	

년 월 일

대 상 자 : (서명 또는 인)
(법정)대리인 : (서명 또는 인) (대상자와의 관계 :)
(대리 동의 사유 :)