

장애인 건강검진기관 시설 기준 적합성 확인서

※ 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

신청인	의료기관명	요양기관 기호
	기관 소재지(우편번호)	
	(전화번호:) □□□□□ (팩스번호:)	

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제2조제10항에 따라 아래와 같이 장애인 건강검진기관 시설 기준 적합성 확인서를 제출합니다.

년 월 일

법인 또는 단체명

확인자

(서명 또는 인)

국민건강보험공단

귀하

시설의 종류		설치		특이사항
		적합	부적합	
가. 장애인전용 주차구역	1) 장애인전용주차구역 주차대수			
	2) 장애인전용주차구역 안내표지			
	3) 장애인전용주차구역의 설치에 관한 세부 기준			
나. 매개공간 접근성	1) 주출입구 접근로 단차의 높이 차이			
	2) 건물 주출입구와 통로의 진입			
	3) 건강검진 안내 표지 설치로 주출입구 표시			
다. 주출입구	주출입구 설치에 관한 세부 기준			
라. 안내표지 등	1) 주출입구 부근 시각장애인을 위한 점자안내판 등			
	2) 이동경로에 안내판을 연속 설치			
	3) 안내판, 음성유도장치, 그 밖의 유도신호장치에 관한 세부 기준			
마. 승강기	1) 장애인용 승강기 1대 이상 설치(2층 이상인 경우)			
	2) 장애인용 승강기 설치에 관한 세부 기준			
바. 경사로	경사로 설치 세부 기준			
사. 계단	계단 설치 세부 기준			
아. 접수대	1) 이용 편의성			
	2) 접수대 설치에 관한 세부 기준			
자. 내부 건강검진 경로	1) 출입구 설치 세부 기준			
	2) 통로 설치 세부 기준			
차. 장애인용 화장실 등	1) 장애인용 화장실 접근성			
	2) 기저귀 교환용 침대 비치			
	3) 장애인용 화장실 설치에 관한 세부 기준			
카. 경보·피난 설비	1) 청각경보시스템(비상벨), 시각경보시스템(경광등) 연속 설치			
	2) 시각경보기(경광등) 설치장소(화장실 내부 및 탈의실)			
타. 장애인 탈의실	장애인 탈의실 설치 세부 기준			