附件

**康复需求统计表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** | 男□ 女□ | **出生日期** | 年 月 日 | **民族** |  |
| **监护人姓名** |  | **与残疾人****关系** | 配偶□ 父母□ 兄弟姐妹□祖父母□ 邻里□ 其它□  | **联系****电话** |  |
| **家庭住址** |  | **残疾人证号** |  |
| **婚姻状况** | 未婚□ 已婚□ 离异□ 丧偶□ | **职 业** | 就业□ 未就业□ 务农□ |
| **文化程度** | 文盲□ 小学□ 初中□ 高中（专）□ 大学（专）□ 大学以上□ |
| **主要生活来源** | 个人所得□ 家庭供养□ 不定期社会救助□享受最低生活保障（城市）□ 享受五保供养（农村）□  |
| **医疗保障情况** | 享受城镇职工基本医疗保险□ 享受城镇居民基本医疗保险□ 享受农村合作医疗□ 得到医疗、康复救助□ 有其它医疗保险□ 费用全部自理□  |
| **生活自理程度** | 完全自理□ 需他人部分帮助□ 完全依赖他人帮助□ |
| **主要残疾** | 视力：□ （盲□ 低视力□ ）听力：□ 言语：□ （失语□ 发音障碍□ 其他□）肢体：□ （偏瘫□ 截瘫□ 脑瘫□ 截/缺肢□ 儿麻后遗症□ 关节疾患□ 畸形□ 其他□）智力：□ 精神：□  |
| **残疾等级** | 一级□ 二级□ 三级□ 四级□ 未评定□ |
| **致残原因** | **致残原因：** 遗传□ 先天□ 疾病□ 药物中毒□ 创伤或意外损伤□ 有害环境□ 原因不明□ 围产期因素□ 接受热辐射（桑拿、睡热炕等）□ 噪声□ 其他□**致残时间：** 年 月 (**精神病首次发病时间**： 年 月) |
| **康****复****需****求** | 康复医疗 | 医疗诊断□ 残疾评定□ 白内障复明手术□ 人工耳蜗植入□肢体矫治手术□ 理疗□ 传统医疗□ 医疗、康复护理□精神病服药□ 家庭病床□ 住院□ 转诊□ |
| 功能训练 | 视 力： 盲人定向行走训练□ 日常生活技能训练□ 社会适应训练□低视力视功能训练□ 其它□听力语言： 听觉言语能力训练□ 言语矫治□双语训练□ 手语指导□ 其它□肢 体： 运动功能训练□ 生活自理训练□ 社会适应训练□ 其它□智 力： 运动能力训练□ 感知能力训练□ 认知能力训练□ 其它□生活自理能力训练□ 语言交流训练□ 社会适应能力训练□ 其它□精 神： 工（农）疗□ 社会适应训练□作业治疗□ 娱（体）疗□ 其它□ |
| 辅助器具 | 视 力： 助视器□ 盲杖□ 盲人书写用具□ 盲人报时用具□ 听力语言：助听器□ 人工耳蜗□ 语言训练器具□ 会话交流用具□智 力： 认知图片□ 认知玩具□ 启智用具□肢 体： 生活自助器具□ 辅助坐、卧、翻身、站立器具□ 拐杖及助行器具□ 轮椅、手摇三轮车等代步工具□ 防褥疮垫□ 集尿器具□ 坐便器具□ 阅读书写器具□ 操作电脑辅助器具□ 装配假肢□ 装配矫形器□ 其它器具□精 神： 文体用品□ 其它服务：购买□ 租借□ 咨询□ 信息□ 维修服务□ 家居环境无障碍改造□指导制作辅助器□ |
| 心理服务 | 心理咨询□心理治疗□家庭成员心理支持□ 其它□ |
| 知识普及 | 培训残疾人□ 培训亲友□ 家长学校□ 普及读物□知识讲座□ 公益活动□ 社会宣传□ 其它□ |
| 转介服务 | 康复医疗□ 功能训练□ 辅助器具□ 心理服务□ 信息服务□ 知识普及□ 文化教育□ 职业培训□ 劳动就业□ 生活保障□家庭无障碍改造□ 参与社会生活□ 其它□ |
| 其它需求 |  |
| 填写日期： 年 月 日 填写人： |