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： | | | | | | | | | | | | | |