**浙江省残疾儿童康复服务登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | □男□女 | | | 出生年月 | |  | | | 民族 | |  |
| 身份证号 |  | | | | 残疾证号 | | |  | | | | | |
| 监护人姓名 |  | | | 与被监护人关系 | | | |  | | | | | |
| 监护人身份证号码 |  | | | | | | 工作单位 | |  | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 监护人住址 | □同家庭地址 □其他： | | | | | | | | | | | | |
| 监护人联系方式 | 手机： 座机： | | | | | | | | | | | | |
| 残疾类别  和程度 | □视力残疾：残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □听力残疾：残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □言语残疾：残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □智力残疾：残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □精神残疾：残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □肢体残疾：○左小腿　 ○右小腿 ○左大腿 ○右大腿  ○左上臂 ○右上臂 ○左前臂 ○右前臂 ○其他  肢体残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □多重残疾：□视力 □听力 □言语 □肢体 □智力 □精神  残疾程度： ○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □孤独症  □无残疾证，主要诊断： 康复类别： | | | | | | | | | | | | |
| 康复服务情况、费用记录（医师、验配师、技师、训练师分别填写此栏。遇“□”时，请在选择项打“√”） | 1．**康复训练**：  □视力言语康复训练 □听力康复训练 □言语康复训练  □肢体（脑瘫）残疾康复训练  □智力残疾康复训练 □孤独症康复训练  经费补助：￥ 元  康复训练时间： 年 月 日  监护人签字：  康复训练机构： （盖章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 康复需求  适应指征  筛查情况  及康复服  务结果、  费用记录  （医师、验配师、技师、训练师分别填写此栏。遇“□”时，请在选择项打“√”） | 2．**辅助器具适配**：□  辅助器具名称： ：  补贴费用：￥ 元（实物补贴不填写）  监护人签字：  适配服务机构： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 3．**人工耳蜗手术**：  申报实物项目补助： □  自行自费安装补助： □，手术时间 年 月 日  体外处理器升级补贴：□，手术时间 年 月 日  监护人签字：  医疗或服务机构： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 4．**肢体残疾矫治手术**：  手术时间（可补填）： 年 月 日  监护人签字：  手术机构：  医疗康复机构： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| **5．困难家庭残疾儿童康复生活补贴：**□  低保、低保边缘经济证明（可附页）  监护人签字： | | | | | | | | | | | | |