**中山市残疾儿童康复训练需求评估表**

（由定点机构进行评估并填写）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生  年月 |  |
| 身份证号 |  | | | 监护人 |  | 监护人电话 |  |
| 残疾类别 | | 视力□ 听力□ 言语□ 肢体□  智力□ 精神□ （多重残疾可多选） | | | | | |
| 残疾等级 | | 一级□ 二级□ 三级□ 四级□ | | | | | |
| 项目 | 情况/结果摘要 | | | | | | |
| 康复评估 |  | | | | | | |
| 康复方案 | 康复训练内容：（请在对应的□内打“√”）  视力：定向行走及适应训练□ 视功能训练□  听力与言语：听觉言语功能训练□  肢体：运动及适应训练□  智力：认知及适应训练□  孤独症：沟通及适应训练□  **康复训练形式：**（请在对应的□内打“√”）  **全日制□**  每个训练日（参照公办机构要求，日间全天合理安排上下午训练）在康复机构的康复训练时间不少于5小时，每周单训不少于1小时。  **非全日制（请按照实际选择以下训练方式及时间）**  □每个训练日在康复机构的康复训练时间不少于3小时，每周单训不少于1小时；  □每周单训不少于3次，每次不少于1小时；  □每周开展不少于3小时且康复效果与上述模式相当的集体教学。 | | | | | | |
| 康复目标 |  | | | | | | |

评估机构（盖章）： 评估人：

评估时间： 年 月 日