附件3

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 |  |
| 评估结论 | 是否具有康复服务适应指征（即通过康复服务可能达到功能重建或改善） |
| 康复项目 |  |
| 康复目标 |  |

评估机构（盖章）： 评估人：

评估时间： 年 月 日（本次需求评估有效期为半年）