附件1:

筛 查 登 记 表

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **残疾人证号** | **地址** | **电话（关系）** | **筛查意见** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：此表由负责筛查的医务人员填写，社区服务指导部存档。

吉林省残疾人康复中心印制

附件2：

健 康 体 检 表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 婚 否 |  |
| 文化程度 |  | 民 族 |  | 职 业 |  |
| 工作单位 |  | 联 系 电 话 |  |
| 籍 贯 |  省 市 县（区） | 既 往 病 史 |  |
| 内科 | 呼 吸 |  次/分 | 脉 搏 |  次/分 | 血 压 |   | / |  | mmHg | 医师意见：签字：签字： |
| 营养发育 |  | 神经精神 |  |
| 肺及呼吸道 |  | 心脏、血管 |  |
| 腹部器官 |  | 其 他 |  |
| 外科 | 身 高 |  cm | 体 重 |  kg | 医师意见：签字：签字： |
| 颈 |  | 胸 |  |
| 腹 |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  | 其它 |  |
| 辅助检查 | 化验项目 | □血常规 □肝功能 □肾功能 □血脂 （详见附表） |
| 胸部正位片 | □心肺膈未见异常 | 盖章： |
| 心 电 图 | □正常 | 盖章： |
| 肝胆胰脾彩超 | □未见明显异常 | 盖章： |
| 体检结论 | 主检医师签字（盖章）： 年 月 日 |

注：附辅助检查报告

|  |
| --- |
|  |
|  |

吉林省残疾人康复中心印制

附件3：

 编号：

**职 业 康 复 评 估 报 告**

姓名：

 省 市 县（市、区）

 街道（乡、镇） 社区（村、屯）

吉林省残疾人康复中心

**职业康复评估调查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 民 族 |  |
| 文化程度 |  | 婚 姻 |  | 职 业 |  |
| 家庭住址 |  | 残疾证号 |  |
| 居住环境 | □平房 □楼房（□电梯 层） | 联系方式 |  |
| 既 往 史 | □高血压 □糖尿病 □心脏病 □其他 |
| 体格检查 | 身高 cm | 体重 kg | 血 压 / mmHg |
| 心率 次/分 | 呼吸 次/分 |
| 视力 | □正常 □缺失： □左 □右 |
| 听力 | □正常 □缺失： □左 □右 |
| 诊 断 |  |
| 残疾等级 | □壹 □贰 □叁 □肆 |
| 主要残疾 | □左侧 □右侧 □双侧 |
| 残疾类型 | □儿麻 □骨关节疾病 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫□周围神经损伤 □脊柱脊髓疾病 □畸形 □截/缺失 □其他 |
| 伴有残疾 | □视力 □听力 □言语 □智力 □精神 |
| 致残原因 | □先天或发育障碍 □疾病 □早产 □产伤 □窒息□创伤或者意外伤害 □中毒 □感染 □其他 |
| 既往治疗 | □手术 □康复 □药物 □辅助器具 □其他 |
| 医保类型 | □城镇职工基本医疗保险 □城乡居民医疗保险 □工伤医疗保险 □商业保险 □其他  |
| 外科情况 | 疾病类型 |  | 肢体受累范围 |  | 足畸形类 型 |  | 髋、膝畸 形 |  |

吉林省残疾人康复中心印制

 **职业康复功能评估**

|  |  |
| --- | --- |
| **项 目** | **评 定 结 果** |
| R O M | P-L | □正常 □异常 |
| P-R | □正常 □异常 |
| A-L | □正常 □异常 |
| A-R | □正常 □异常 |
| 肌 力 | L | □正常 □异常 |
| R | □正常 □异常 |
| 肌 张 力 | L | □正常 □异常 |
| R | □正常 □异常 |
| 上 肢运 动功 能 | L | □正常 □异常 |
| R | □正常 □异常 |
| 下 肢运 动功 能 | L | □正常 □异常 |
| R | □正常 □异常 |
| 手 功 能 | L：□废用手 □辅助手 □实用手 R：□废用手 □辅助手 □实用手 |
| 平衡功能 | 站位：□Ⅰ级 □Ⅱ级 □Ⅲ级 坐位：□Ⅰ级 □Ⅱ级 □Ⅲ级 |
| 协调功能 | □Ⅰ级 □Ⅱ级 □Ⅲ级 □Ⅳ级 □Ⅴ级 |
| 吞咽功能 | □正常 □可疑 □异常 |
| 步行能力 | □0级 □Ⅰ级 □Ⅱ级 □Ⅲ级 □Ⅳ级 □Ⅴ级 |

吉林省残疾人康复中心印制

**职业康复评估结论**

|  |
| --- |
| **主要存在的功能障碍情况：** |
| **康复目标：** |
| **康复方法及途径**□运动疗法 □作业疗法 □言语治疗 □辅助器具 □参与社会生活活动 □健康教育□职业技能康复  |
| **指导意见**针对康复评估对象的主要功能障碍，依据“评估报告”确定的训练项目为：□翻身 □坐 □站 □转移 □步态矫正 □上下台阶□步行能力 □有氧运动 □肌肉牵伸 □关节松动 □肌力练习 □平衡协调 □言语治疗 □吞咽治疗 □认知知觉功能训练 □进食 □穿脱衣物 □洗漱 □入厕 □交流 □做家务 □辅助器具适配 □假肢适应性训练 □心理康复 □参会社会生活活动 □其他 |
| 评估人员 |  | 评估日期 |  |

吉林省残疾人康复中心印制