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