**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