附件6

**中山市残疾儿童异地康复服务记录**

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 身份证号 | |  | |
| 残疾人证号 |  | | | | | 联系电话 | |  | |
| 监护人 |  | | 关系 |  | | 身份证号 | |  | |
| 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🞎 | | | | | | | | |
| 康复机构名称 |  | | | | | | | | |
| 康复训练项目 | 视力康复□ 听力言语康复□ 肢体康复□ 智力康复□ 孤独症康复□ | | | | | | | | |
| 康复训练月份 | 训练天数 | 请假天数 | | | 老师签名 | | 家长签名 | | 备注 |
| 1月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 2月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 3月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 4月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 5月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 6月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 7月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 8月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 9月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 10月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 11月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 12月 |  |  | | |  | |  | |  |
| 康复效果评估：  显好□ 有效□ 无效□  定点康复机构（盖章）  年 月 日 | | | | | 满意度调查：  非常满意□ 满意□  基本满意□ 不满意□  监护人签名：  年 月 日 | | | | |

**填表说明：**

1. 此表由定点康复机构填写，非持证残疾儿童可不填写残疾人证号
2. 由残疾儿童监护人确认，交回户籍地残联归档。