表10

**中山市残疾儿童康复训练效果评估表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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□ |
| 训练前残疾状况概括 |  |
| 训练（治疗）方案简介 |  |
| 康复效果评价及后续训练建议 |  |
| 服务机构（盖章）：评估人员： 年 月 日 | 康复效果评价：监护人签名：满意度调查：非常满意□ 满意□ 基本满意□ 不满意□年 月 日 |

注：

1.一个学生一份评估，以年为单位，在康复中止（如变更机构）或终止后提供。

2.满意度是定点机构考评的重要依据，请监护人认真填写。

3.监护人未签名确认的视为自行放弃康复救助，定点机构应及时报告市残联并终止其康复服务。