附件 5

# 残疾人康复需求和康复服务情况汇总表

（ ）年度

**市 县 乡镇（街道） 社区（村）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 家庭住址 | 身份证号（必填） | 残疾人证号 | 联系电话 | 康复需求情况 | 康复服务情况 |
| 得到康复服务项目 | 康复服务机构名称 |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 有□ 无□ |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 有□ 无□ |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 有□ 无□ |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 有□ 无□ |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  | 有□ 无□ |  |  |

**填表人： 填表日期： 年 月 日**

**注：**1．此表由社区康复协调员填写。

2．“得到康复服务项目”依照《河南省残疾人基本康复服务目录》填写。项目如下：

**视力残疾：**盲人：白内障复明手术、盲杖及其他辅助器具、盲人定向行走及适应训练、中途盲者支持性服务。低视力者：助视器适配及服务、视功能训练。

**听力残疾：0－6 岁儿童：**0－6 岁听力残疾儿童人工耳蜗植入手术及服务、0－6 岁听力残疾儿童助听器适配及服务、0－6 岁听

力残疾儿童听觉言语功能训练、0－6 岁听力残疾儿童家长支持性服务。**7－17 岁儿童**：7－17 岁听力残疾儿童助听器适配及适应训练、

7－17 岁听力儿童家长支持性服务。**成人：**成人听力残疾助听器适配及适应训练。

**肢体残疾**：**0－6 岁儿童**：0－6 岁肢体残疾儿童矫治手术、0－6 岁肢体残疾儿童假肢适配及服务、0－6 岁肢体残疾儿童矫形器适配及服务、0－6 岁肢体残疾儿童其他辅助器具适配及服务、0－6 岁肢体残疾儿童运动及适应训练、0－6 岁肢体残疾儿童家长支持性服务。其中矫治手术针对适应症，年龄可放宽到 16 岁。**7－17 岁儿童及成人**：7－17 岁肢体残疾儿童及成人假肢适配及服务、7－17

岁肢体残疾儿童及成人矫形器适配及服务、7－17 岁肢体残疾儿童及成人其他辅助器具适配及服务、7－17 岁肢体残疾儿童及成人康复治疗及训练、7－17 岁重度肢体残疾儿童及成年重度肢体残疾人支持性服务。

**智力残疾**：**0－6 岁儿童：**0－6 岁智力残疾儿童认知及适应训练、0－6 岁智力残疾儿童家长支持性服务。**7－17 岁儿童及成人：**

7－17 岁智力残疾儿童及成人认知及适应训练、7－17 岁重度智力残疾儿童及成年重度智力残疾人支持性服务。

**精神残疾**：**0－6 岁孤独症儿童：**0－6 岁孤独症儿童沟通及适应训练、0－6 岁孤独症儿童家长支持性服务。**7－17 岁孤独症儿童：**

7－17 岁孤独症儿童沟通及适应训练、7－17 岁孤独症儿童家长支持性服务。**成人：**成年精神残疾人精神疾病治疗、成年精神残疾人精神障碍作业疗法训练、成年精神残疾人支持性服务。

3．此表一式两份，每年定期填写后一份逐级上报至县残联，一份由社区康复协调员留存。