

浙江省残疾儿童康复服务登记表

姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生时间		民族	
身份证号				残疾证号			
监护人姓名			与被监护人关系				
监护人身份证号							
户籍地址					邮政编码		
居住证或缴纳社保地址 (省外户籍填)					邮政编码		
监护人住址	<input type="checkbox"/> 同前地址 <input type="checkbox"/> 其他:						
监护人联系方式	手机:			座机:			
需要康复的类别和程度 (相关工作人员填写此栏。遇“□”和“○”时,请在选择项打“√”)	<p> <input type="checkbox"/>视力残疾: 残疾程度: <input type="checkbox"/>一级 <input type="checkbox"/>二级 <input type="checkbox"/>三级 <input type="checkbox"/>四级 <input type="checkbox"/>听力残疾: 残疾程度: <input type="checkbox"/>一级 <input type="checkbox"/>二级 <input type="checkbox"/>三级 <input type="checkbox"/>四级 <input type="checkbox"/>言语残疾: 残疾程度: <input type="checkbox"/>一级 <input type="checkbox"/>二级 <input type="checkbox"/>三级 <input type="checkbox"/>四级 <input type="checkbox"/>肢体残疾: 残疾程度: <input type="checkbox"/>一级 <input type="checkbox"/>二级 <input type="checkbox"/>三级 <input type="checkbox"/>四级 <input type="checkbox"/>智力残疾: 残疾程度: <input type="checkbox"/>一级 <input type="checkbox"/>二级 <input type="checkbox"/>三级 <input type="checkbox"/>四级 <input type="checkbox"/>精神残疾: 残疾程度: <input type="checkbox"/>一级 <input type="checkbox"/>二级 <input type="checkbox"/>三级 <input type="checkbox"/>四级 <input type="checkbox"/>多重残疾: <input type="checkbox"/>视力 <input type="checkbox"/>听力 <input type="checkbox"/>言语 <input type="checkbox"/>肢体 <input type="checkbox"/>智力 <input type="checkbox"/>精神 残疾程度: <input type="checkbox"/>一级 <input type="checkbox"/>二级 <input type="checkbox"/>三级 <input type="checkbox"/>四级 <input type="checkbox"/>孤独症 <input type="checkbox"/>无残疾证, 主要诊断: _____ 康复类别: _____ </p>						
康复需求适应指征筛查情况及康复服务结果、费用记录 (相关工作人员填写此栏。遇“□”时,请在选择项打“√”)	<p> 1. 康复训练: <input type="checkbox"/>视力康复训练 <input type="checkbox"/>听力言语康复训练 <input type="checkbox"/>肢体(含脑瘫)康复训练 <input type="checkbox"/>智力康复训练 <input type="checkbox"/>孤独症康复训练 康复训练时间: _____年____月____日——_____年____月____日 _____年____月____日——_____年____月____日 (如康复周期内出现非连续时段,需分段填写) 康复费用: ¥ _____元 康复训练机构: _____ (盖章) 年 月 日 </p>						

康复需求适应指 征筛查情况及康 复服务结果、费 用记录（相关工 作人员填写此 栏。遇“□”时，请 在选择项打“√”）	<p>2. 人工耳蜗植入：（此栏目可凭医疗机构盖章的出院小结和医疗收费票据等证明）</p> <p>免费人工耳蜗植入：<input type="checkbox"/></p> <p>自费人工耳蜗植入补贴：<input type="checkbox"/>，手术时间_____年____月____日</p> <p>体外言语处理器升级补贴：<input type="checkbox"/>，手术时间_____年____月____日</p> <p style="text-align: right;">医疗或服务机构：_____（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
	<p>3. 肢体矫治：<input type="checkbox"/>（此栏目可凭医疗机构盖章的出院小结和医疗收费票据等证明）</p> <p>手术时间（可补填）：_____年____月____日</p> <p style="text-align: right;">手术及术后康复训练机构：_____（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
	<p>4. 困难家庭残疾儿童康复生活补贴：<input type="checkbox"/></p> <p>经费补贴：¥_____元</p> <p>康复训练时间：_____年____月____日——_____年____月____日</p> <p style="padding-left: 100px;">_____年____月____日——_____年____月____日</p> <p style="text-align: center;">（如康复周期内出现非连续时段，需分段填写）</p> <p style="text-align: right;">经办机构：_____（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>

说明：1. 此表填写一式贰份。一份作为各类定点康复服务机构建立康复档案台账与经费结算用；一份由残联等部门存档备查。

2. 辅助器具适配需填写《浙江省残疾人基本型辅助器具补贴申请审批表》。