**附件5**

**残疾人康复需求和康复服务情况汇总表**

（ ）**年度**

**省    市     县（市、区） 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□ |  |  |
| **6** |   |   |  |  |  |  | 有□ 无□ |  |  |
| **7** |   |   |  |  |  |  | 有□ 无□ |  |  |
| **8** |   |   |  |  |  |  | 有□ 无□ |  |  |
| **9** |   |   |  |  |  |  | 有□ 无□ |  |  |
| **10** |   |   |  |  |  |  | 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《残疾人精准康复服务手册》附表1“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。

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（市、区）残联，一份由社区康复协调员留存。