**附表3-7**

**坐便椅初筛表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **李国花** | **性 别** | **男□女☑** | | **年龄** | **63** |
| **本人电话** | **15848369861** | **监护人电话** | | **15849541291** | | |
| **拟申请辅具** | **☑坐便椅 □马桶增高器 □座便扶手** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **需求** | **1、辅具使用目的--------------☑解决大小便 □方便护理** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | 1. **卧室内是否有足够放置和使用空间-----☑是 □否** 2. **室内移动门的宽度-------------------□小于60公分**   **☑60-75公分**  **□75公分以上** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | 1. **目前使用辅具--------------☑手杖 □轮椅 □助行器**   **□代步车 □其他**   1. **每天使用时间--------------□1小时以内 ☑1-4小时**   **□4-8小时 □8小时以上**  **5、现有辅具是否合适----------□是 □否** | | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **6、可直线行走且能跨步移动10米----☑能独立完成**  **□能独立完成但要扶墙**  **□需要他人协助**  **□无法完成**  **7、独立完成坐到站和站到坐姿势-----☑是 □否**  **8、目前使用马桶时能完成下蹲和起身-☑☑是 □否**  **9、双侧上肢肌力情况 ----------□正常 ☑较弱 □较差**  **10、上肢肌力可支撑自身体重--------☑能 □不能** | | | | | |

**附表3-7**

**坐便椅初筛表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **徐芹** | **性 别** | **男□女☑** | | **年龄** | **66** |
| **本人电话** | **13171122379** | **监护人电话** | | **13848851136** | | |
| **拟申请辅具** | **☑坐便椅 □马桶增高器 □座便扶手** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **需求** | **1、辅具使用目的--------------☑解决大小便 □方便护理** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | 1. **卧室内是否有足够放置和使用空间-----☑是 □否** 2. **室内移动门的宽度-------------------□小于60公分**   **☑60-75公分**  **□75公分以上** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | 1. **目前使用辅具--------------☑手杖 □轮椅 □助行器**   **□代步车 □其他**   1. **每天使用时间--------------□1小时以内 ☑1-4小时**   **□4-8小时 □8小时以上**  **5、现有辅具是否合适----------□是 □否** | | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **6、可直线行走且能跨步移动10米----☑能独立完成**  **□能独立完成但要扶墙**  **□需要他人协助**  **□无法完成**  **7、独立完成坐到站和站到坐姿势-----☑是 □否**  **8、目前使用马桶时能完成下蹲和起身-☑☑是 □否**  **9、双侧上肢肌力情况 ----------□正常 ☑较弱 □较差**  **10、上肢肌力可支撑自身体重--------☑能 □不能** | | | | | |

**附表3-7**

**坐便椅初筛表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **刘祝** | **性 别** | **男☑女□** | | **年龄** | **56** |
| **本人电话** | **13020495881** | **监护人电话** | | **13020495881** | | |
| **拟申请辅具** | **☑坐便椅 □马桶增高器 □座便扶手** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **需求** | **1、辅具使用目的--------------☑解决大小便 □方便护理** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | 1. **卧室内是否有足够放置和使用空间-----☑是 □否** 2. **室内移动门的宽度-------------------□小于60公分**   **☑60-75公分**  **□75公分以上** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | 1. **目前使用辅具--------------□手杖 □轮椅 □助行器**   **□代步车 □其他**   1. **每天使用时间--------------□1小时以内 □1-4小时**   **□4-8小时 □8小时以上**  **5、现有辅具是否合适----------□是 □否** | | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **6、可直线行走且能跨步移动10米----☑能独立完成**  **□能独立完成但要扶墙**  **□需要他人协助**  **□无法完成**  **7、独立完成坐到站和站到坐姿势-----☑是 □否**  **8、目前使用马桶时能完成下蹲和起身-☑是 □否**  **9、双侧上肢肌力情况 ----------☑正常 □较弱 □较差**  **10、上肢肌力可支撑自身体重--------☑能 □不能** | | | | | |

**附表3-7**

**坐便椅初筛表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **于淑兰** | **性 别** | **男□女☑** | | **年龄** | **63** |
| **本人电话** | **15848369861** | **监护人电话** | | **15849541291** | | |
| **拟申请辅具** | **☑坐便椅 □马桶增高器 □座便扶手** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **需求** | **1、辅具使用目的--------------☑解决大小便 □方便护理** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | 1. **卧室内是否有足够放置和使用空间-----☑是 □否** 2. **室内移动门的宽度-------------------□小于60公分**   **☑60-75公分**  **□75公分以上** | | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | 1. **目前使用辅具--------------☑手杖 □轮椅 □助行器**   **□代步车 □其他**   1. **每天使用时间--------------□1小时以内 ☑1-4小时**   **□4-8小时 □8小时以上**  **5、现有辅具是否合适----------□是 □否** | | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **6、可直线行走且能跨步移动10米----☑能独立完成**  **□能独立完成但要扶墙**  **□需要他人协助**  **□无法完成**  **7、独立完成坐到站和站到坐姿势-----☑是 □否**  **8、目前使用马桶时能完成下蹲和起身-☑☑是 □否**  **9、双侧上肢肌力情况 ----------□正常 ☑较弱 □较差**  **10、上肢肌力可支撑自身体重--------☑能 □不能** | | | | | |