**附表3-9 助浴类辅具初筛表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **包美荣** | **性 别** | **男□女☑** | **年龄** | **蒙** |
| **本人电话** |  | **监护人电话** | | **13614852282** | |
| **拟申请辅具** | **□卧床洗浴器械 ☑洗浴椅** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **需求** | **1、辅具使用目的---------------□日常生活 □医疗 □就学 □就业 □休闲与运动**   1. **辅具使用需求---------------□方便照护 □方便洗浴** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | 1. **辅具使用环境---------------□室内空间 □户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**   1. **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** | **6、目前使用辅具--------------□手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **7、每天使用时间--------------□1小时以内 □1-4小时**  **□4-8小时 □8小时以上**  **8、现有辅具是否合适----------□是 □否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **9、是否卧床-----------□是 □否**  **10、护理人员身体情况--□老年人 □青壮年**  **□有力量移动患者**  **□无足够力量移动患者**  **□不需要护理**   1. **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**  **12、独立完成坐到站和站到坐姿势----□是 □否**  **13、他人协助或手扶器械可以**  **完成坐到站和站到坐姿势----□是 □否**   1. **能独立维持坐姿------------□能 □用手维持**   **□有人协助维持 □不能**  **15、是否可站立完成沐浴--------□是 □否** | | | | |

**附表3-9 助浴类辅具初筛表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **冯振义** | **性 别** | **男☑女□** | **年龄** | **71** |
| **本人电话** | **15149954970** | **监护人电话** | | **13298058998** | |
| **拟申请辅具** | **□卧床洗浴器械 ☑洗浴椅** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **需求** | **1、辅具使用目的---------------□日常生活 □医疗 □就学 □就业 □休闲与运动**   1. **辅具使用需求---------------□方便照护 □方便洗浴** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | 1. **辅具使用环境---------------□室内空间 □户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**   1. **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** | **6、目前使用辅具--------------□手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **7、每天使用时间--------------□1小时以内 □1-4小时**  **□4-8小时 □8小时以上**  **8、现有辅具是否合适----------□是 □否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **9、是否卧床-----------□是 □否**  **10、护理人员身体情况--□老年人 □青壮年**  **□有力量移动患者**  **□无足够力量移动患者**  **□不需要护理**   1. **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**  **12、独立完成坐到站和站到坐姿势----□是 □否**  **13、他人协助或手扶器械可以**  **完成坐到站和站到坐姿势----□是 □否**   1. **能独立维持坐姿------------□能 □用手维持**   **□有人协助维持 □不能**  **15、是否可站立完成沐浴--------□是 □否** | | | | |

**附表3-9 助浴类辅具初筛表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **冯振清** | **性 别** | **男☑女□** | **年龄** | **72** |
| **本人电话** | **13087179087** | **监护人电话** | | **15114732766** | |
| **拟申请辅具** | **□卧床洗浴器械 ☑洗浴椅** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **需求** | **1、辅具使用目的---------------□日常生活 □医疗 □就学 □就业 □休闲与运动**   1. **辅具使用需求---------------□方便照护 □方便洗浴** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | 1. **辅具使用环境---------------□室内空间 □户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**   1. **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** | **6、目前使用辅具--------------□手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **7、每天使用时间--------------□1小时以内 □1-4小时**  **□4-8小时 □8小时以上**  **8、现有辅具是否合适----------□是 □否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **9、是否卧床-----------□是 □否**  **10、护理人员身体情况--□老年人 □青壮年**  **□有力量移动患者**  **□无足够力量移动患者**  **□不需要护理**   1. **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**  **12、独立完成坐到站和站到坐姿势----□是 □否**  **13、他人协助或手扶器械可以**  **完成坐到站和站到坐姿势----□是 □否**   1. **能独立维持坐姿------------□能 □用手维持**   **□有人协助维持 □不能**  **15、是否可站立完成沐浴--------□是 □否** | | | | |