**附表3-5 轮 椅 初 筛 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **曹国江** | **性 别** | **男☑女□** | **年 龄** | **70** |
| **本人电话** | **15547546388** | **监护人电话** | | **18604759508** | |
| **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---------□仅供站立扶持 ☑短距离移行**   **□长距离移行 □方便护理**  **□方便转移（例：轮椅到床或沙发等）** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | **3、卧室内是否有足够放置和使用空间---------☑是 □否**  **4、家庭无障碍改造-------☑无 □卫生间**  **□门 □台阶**   1. **门的宽度-------------□小于60公分 ☑60-75公分**   **□75公分以上**   1. **辅具使用环境---------□室内空间 ☑户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**  **7、环境内存在-----------□斜坡 □楼梯 □以上皆有 ☑无** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | **8、目前使用辅具---------☑手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **9、每天使用时间---------□1小时以内 □1-4小时**  **☑4-8小时 □8小时以上**  **10、现有辅具是否合适---------------------□是 ☑否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **11、上肢肌力和控制能力（健康一侧）是否正常 □是 ☑否**  **12、描述各关节活动异常位置及情况： 半身不遂**    **13、目前可自主控制的身体位置（详细）： 左手**    **14、判断危险灵敏度----□好 ☑一般 ☑不好 □不能判断**  **15、能独立操作轮椅---------------□是 ☑否**  **16、独立完成坐到站和站到坐姿势---□是 ☑否**  **17、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**  **19、需要在轮椅上解决大小便问题---□是 ☑否**  **20、上肢力量能够支持体重在床面**  **和轮椅坐面之间来回转移-------☑是 □否**  **21、臀部最宽处尺寸 43 cm（厘米）** | | | | |

**附表3-5 轮 椅 初 筛 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **刘振芳** | **性 别** | **男□女☑** | **年 龄** | **69** |
| **本人电话** | **15248351839** | **监护人电话** | | **15560880626** | |
| **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---------□仅供站立扶持 □短距离移行**   **□长距离移行 ☑方便护理**  **□方便转移（例：轮椅到床或沙发等）** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | **3、卧室内是否有足够放置和使用空间---------☑是 □否**  **4、家庭无障碍改造-------☑无 □卫生间**  **□门 □台阶**   1. **门的宽度-------------□小于60公分 ☑60-75公分**   **□75公分以上**   1. **辅具使用环境---------□室内空间 ☑户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**  **7、环境内存在-----------□斜坡 □楼梯 □以上皆有 ☑无** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | **8、目前使用辅具---------☑手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **9、每天使用时间---------□1小时以内 □1-4小时**  **☑4-8小时 □8小时以上**  **10、现有辅具是否合适---------------------□是 ☑否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **11、上肢肌力和控制能力（健康一侧）是否正常 □是 ☑否**  **12、描述各关节活动异常位置及情况： 半身不遂**    **13、目前可自主控制的身体位置（详细）： 手**    **14、判断危险灵敏度----□好 □一般 ☑不好 □不能判断**  **15、能独立操作轮椅---------------□是 ☑否**  **16、独立完成坐到站和站到坐姿势---□是 ☑否**  **17、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**  **19、需要在轮椅上解决大小便问题---□是 ☑否**  **20、上肢力量能够支持体重在床面**  **和轮椅坐面之间来回转移-------□是 ☑否**  **21、臀部最宽处尺寸 40 cm（厘米）** | | | | |

**附表3-5 轮 椅 初 筛 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **孙才** | **性 别** | **男☑女□** | **年 龄** | **66** |
| **本人电话** | **15849541291** | **监护人电话** | | **15849541291** | |
| **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---------□仅供站立扶持 ☑短距离移行**   **□长距离移行 □方便护理**  **□方便转移（例：轮椅到床或沙发等）** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | **3、卧室内是否有足够放置和使用空间---------☑是 □否**  **4、家庭无障碍改造-------☑无 □卫生间**  **□门 □台阶**   1. **门的宽度-------------□小于60公分 ☑60-75公分**   **□75公分以上**   1. **辅具使用环境---------□室内空间 ☑户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**  **7、环境内存在-----------□斜坡 □楼梯 □以上皆有 ☑无** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | **8、目前使用辅具---------☑手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **9、每天使用时间---------□1小时以内 □1-4小时**  **☑4-8小时 □8小时以上**  **10、现有辅具是否合适---------------------□是 ☑否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **11、上肢肌力和控制能力（健康一侧）是否正常 □是 ☑否**  **12、描述各关节活动异常位置及情况： 半身不遂**    **13、目前可自主控制的身体位置（详细）：**    **14、判断危险灵敏度----□好 ☑一般 □不好 □不能判断**  **15、能独立操作轮椅---------------☑是 □否**  **16、独立完成坐到站和站到坐姿势---☑是 □否**  **17、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**  **19、需要在轮椅上解决大小便问题---□是 ☑否**  **20、上肢力量能够支持体重在床面**  **和轮椅坐面之间来回转移-------☑是 □否**  **21、臀部最宽处尺寸 42 cm（厘米）** | | | | |

**附表3-5 轮 椅 初 筛 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **卢四洋** | **性 别** | **男☑女□** | **年 龄** | **61** |
| **本人电话** |  | **监护人电话** | | **15247598988** | |
| **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---------□仅供站立扶持 ☑短距离移行**   **□长距离移行 □方便护理**  **□方便转移（例：轮椅到床或沙发等）** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | **3、卧室内是否有足够放置和使用空间---------☑是 □否**  **4、家庭无障碍改造-------☑无 □卫生间**  **□门 □台阶**   1. **门的宽度-------------□小于60公分 ☑60-75公分**   **□75公分以上**   1. **辅具使用环境---------□室内空间 ☑户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**  **7、环境内存在-----------□斜坡 □楼梯 □以上皆有 ☑无** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | **8、目前使用辅具---------☑手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **9、每天使用时间---------□1小时以内 □1-4小时**  **☑4-8小时 □8小时以上**  **10、现有辅具是否合适---------------------□是 ☑否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **11、上肢肌力和控制能力（健康一侧）是否正常 □是 ☑否**  **12、描述各关节活动异常位置及情况： 半身不遂**    **13、目前可自主控制的身体位置（详细）：**    **14、判断危险灵敏度----□好 ☑一般 □不好 □不能判断**  **15、能独立操作轮椅---------------☑是 □否**  **16、独立完成坐到站和站到坐姿势---☑是 □否**  **17、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**  **19、需要在轮椅上解决大小便问题---□是 ☑否**  **20、上肢力量能够支持体重在床面**  **和轮椅坐面之间来回转移-------☑是 □否**  **21、臀部最宽处尺寸 44 cm（厘米）** | | | | |

**附表3-5 轮 椅 初 筛 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **高凤亮** | **性 别** | **男☑女□** | **年 龄** | **51** |
| **本人电话** | **15004921097** | **监护人电话** | | **15947459599** | |
| **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---------□仅供站立扶持 ☑短距离移行**   **□长距离移行 □方便护理**  **□方便转移（例：轮椅到床或沙发等）** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | **3、卧室内是否有足够放置和使用空间---------☑是 □否**  **4、家庭无障碍改造-------☑无 □卫生间**  **□门 □台阶**   1. **门的宽度-------------□小于60公分 ☑60-75公分**   **□75公分以上**   1. **辅具使用环境---------□室内空间 ☑户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**  **7、环境内存在-----------□斜坡 □楼梯 □以上皆有 ☑无** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | **8、目前使用辅具---------☑手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **9、每天使用时间---------□1小时以内 □1-4小时**  **☑4-8小时 □8小时以上**  **10、现有辅具是否合适---------------------□是 ☑否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **11、上肢肌力和控制能力（健康一侧）是否正常 □是 ☑否**  **12、描述各关节活动异常位置及情况： 半身不遂**    **13、目前可自主控制的身体位置（详细）：**    **14、判断危险灵敏度----□好 ☑一般 □不好 □不能判断**  **15、能独立操作轮椅---------------☑是 □否**  **16、独立完成坐到站和站到坐姿势---☑是 □否**  **17、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**  **19、需要在轮椅上解决大小便问题---□是 ☑否**  **20、上肢力量能够支持体重在床面**  **和轮椅坐面之间来回转移-------☑是 □否**  **21、臀部最宽处尺寸 43 cm（厘米）** | | | | |

**附表3-5 轮 椅 初 筛 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **吴秀芝** | **性 别** | **男□女☑** | **年 龄** | **72** |
| **本人电话** | **13015145910** | **监护人电话** | | **15047537821** | |
| **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---------□仅供站立扶持 ☑短距离移行**   **□长距离移行 □方便护理**  **□方便转移（例：轮椅到床或沙发等）** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | **3、卧室内是否有足够放置和使用空间---------☑是 □否**  **4、家庭无障碍改造-------☑无 □卫生间**  **□门 □台阶**   1. **门的宽度-------------□小于60公分 ☑60-75公分**   **□75公分以上**   1. **辅具使用环境---------□室内空间 ☑户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**  **7、环境内存在-----------□斜坡 □楼梯 □以上皆有 ☑无** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | **8、目前使用辅具---------☑手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **9、每天使用时间---------□1小时以内 □1-4小时**  **☑4-8小时 □8小时以上**  **10、现有辅具是否合适---------------------□是 ☑否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **11、上肢肌力和控制能力（健康一侧）是否正常 □是 ☑否**  **12、描述各关节活动异常位置及情况： 半身不遂**    **13、目前可自主控制的身体位置（详细）：右侧身体可自主控制**    **14、判断危险灵敏度----□好 ☑一般 □不好 □不能判断**  **15、能独立操作轮椅---------------□是 ☑否**  **16、独立完成坐到站和站到坐姿势---☑是 □否**  **17、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**  **19、需要在轮椅上解决大小便问题---□是 ☑否**  **20、上肢力量能够支持体重在床面**  **和轮椅坐面之间来回转移-------☑是 □否**  **21、臀部最宽处尺寸 42 cm（厘米）** | | | | |

**附表3-5 轮 椅 初 筛 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **刘振友** | **性 别** | **男☑女□** | **年 龄** | **54** |
| **本人电话** | **15540044271** | **监护人电话** | | **15144835988** | |
| **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---------□仅供站立扶持 ☑短距离移行**   **□长距离移行 □方便护理**  **□方便转移（例：轮椅到床或沙发等）** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | **3、卧室内是否有足够放置和使用空间---------☑是 □否**  **4、家庭无障碍改造-------☑无 □卫生间**  **□门 □台阶**   1. **门的宽度-------------□小于60公分 ☑60-75公分**   **□75公分以上**   1. **辅具使用环境---------□室内空间 ☑户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**  **7、环境内存在-----------□斜坡 □楼梯 □以上皆有 ☑无** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | **8、目前使用辅具---------☑手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **9、每天使用时间---------□1小时以内 □1-4小时**  **☑4-8小时 □8小时以上**  **10、现有辅具是否合适---------------------□是 ☑否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **11、上肢肌力和控制能力（健康一侧）是否正常 □是 ☑否**  **12、描述各关节活动异常位置及情况： 左手左腿半身不遂**    **13、目前可自主控制的身体位置（详细）：右侧身体可自主控制**    **14、判断危险灵敏度----□好 ☑一般 □不好 □不能判断**  **15、能独立操作轮椅---------------□是 ☑否**  **16、独立完成坐到站和站到坐姿势---☑是 □否**  **17、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**  **19、需要在轮椅上解决大小便问题---□是 ☑否**  **20、上肢力量能够支持体重在床面**  **和轮椅坐面之间来回转移-------☑是 □否**  **21、臀部最宽处尺寸 42 cm（厘米）** | | | | |

**附表3-5 轮 椅 初 筛 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **李静文** | **性 别** | **男□女☑** | **年 龄** | **84** |
| **本人电话** |  | **监护人电话** | | **15771508535** | |
| **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---------□仅供站立扶持 ☑短距离移行**   **□长距离移行 □方便护理**  **□方便转移（例：轮椅到床或沙发等）** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | **3、卧室内是否有足够放置和使用空间---------☑是 □否**  **4、家庭无障碍改造-------☑无 □卫生间**  **□门 □台阶**   1. **门的宽度-------------□小于60公分 ☑60-75公分**   **□75公分以上**   1. **辅具使用环境---------□室内空间 ☑户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**  **7、环境内存在-----------□斜坡 □楼梯 □以上皆有 ☑无** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | **8、目前使用辅具---------☑手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **9、每天使用时间---------□1小时以内 □1-4小时**  **☑4-8小时 □8小时以上**  **10、现有辅具是否合适---------------------□是 ☑否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **11、上肢肌力和控制能力（健康一侧）是否正常 □是 ☑否**  **12、描述各关节活动异常位置及情况： 左手左腿半身不遂**    **13、目前可自主控制的身体位置（详细）：右侧身体可自主控制**    **14、判断危险灵敏度----□好 □一般 ☑不好 □不能判断**  **15、能独立操作轮椅---------------□是 ☑否**  **16、独立完成坐到站和站到坐姿势---☑是 □否**  **17、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**  **19、需要在轮椅上解决大小便问题---□是 ☑否**  **20、上肢力量能够支持体重在床面**  **和轮椅坐面之间来回转移-------☑是 □否**  **21、臀部最宽处尺寸 40 cm（厘米）** | | | | |

**附表3-5 轮 椅 初 筛 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **安玉华** | **性 别** | **男□女☑** | **年 龄** | **57** |
| **本人电话** | **13020495881** | **监护人电话** | | **13020495881** | |
| **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---------□仅供站立扶持 ☑短距离移行**   **□长距离移行 □方便护理**  **□方便转移（例：轮椅到床或沙发等）** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **环境** | **3、卧室内是否有足够放置和使用空间---------☑是 □否**  **4、家庭无障碍改造-------☑无 □卫生间**  **□门 □台阶**   1. **门的宽度-------------□小于60公分 ☑60-75公分**   **□75公分以上**   1. **辅具使用环境---------□室内空间 ☑户外平地**   **□崎岖路面 □以上皆是**  **7、环境内存在-----------□斜坡 □楼梯 □以上皆有 ☑无** | | | | |
| **辅具**  **使用**  **情况** | **8、目前使用辅具---------☑手杖 □轮椅 □助行器**  **□代步车 □其他**  **9、每天使用时间---------□1小时以内 □1-4小时**  **☑4-8小时 □8小时以上**  **10、现有辅具是否合适---------------------□是 ☑否** | | | | |
| **目**  **前**  **身**  **体**  **条**  **件** | **11、上肢肌力和控制能力（健康一侧）是否正常 □是 ☑否**  **12、描述各关节活动异常位置及情况： 双膝关节坏死**    **13、目前可自主控制的身体位置（详细）：身体可自主控制**    **14、判断危险灵敏度----☑好 □一般 □不好 □不能判断**  **15、能独立操作轮椅---------------☑是 □否**  **16、独立完成坐到站和站到坐姿势---☑是 □否**  **17、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**  **19、需要在轮椅上解决大小便问题---□是 ☑否**  **20、上肢力量能够支持体重在床面**  **和轮椅坐面之间来回转移-------☑是 □否**  **21、臀部最宽处尺寸 40 cm（厘米）** | | | | |