**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 填报时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **薛凤香** | | **性 别** | **女** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **160厘米** | **体 重** | | **65公斤** | **居住情况** | | **独居 √同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195606135346** | | | | **本人电话** | | **15332755440** |
| **残疾证号** | **15232619560613534612** | | | | **监护人电话** | | **13847575167** |
| **个人情况** | **√低保对象 特困人员 低收入家庭 其他** | | | | | | |
| **详细住址** | **青龙山镇西洼村** | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **√视力残疾:盲 □低视力 □眼球摘除**  **听力残疾**  **□智力残疾**  **肢体残疾:□肢体畸形 偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **轮椅----------请如实填报附表5**  **助行器--------请如实填报附表6**  **座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **√助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | | **刘海东** | | | **填表人签字** | | **王洪娟** | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**