**附表3-5 轮 椅 初 筛 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **王秀云** | **性 别** | **女** | **年 龄** | **69** |
| **本人电话** | **15047453345** | **监护人电话** | | **15334932348** | |
| **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：**    **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 50 cm（厘米）** | | | | |