

T/NMSP

内蒙古标准发展促进会团体标准

T/NMSP 47—2025

肢体残疾人康复辅助器具适配服务规范

Service specifications for assistive devices provision to persons with physical disabilities

2025-06-09 发布

2025-06-09 实施

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由内蒙古自治区残疾人联合会提出并归口。

本文件起草单位：内蒙古自治区质量和标准化研究院、乌兰察布市集宁区红十字应急救护技术服务中心、内蒙古自治区中医医院、呼和浩特市社会福利院。

本文件主要起草人：毕力格、王斌、徐晓强、张悦、刘洋、李夏伟、刘曦娟、王海霞、蒋柠、思琪、王志敏、宋佳。

肢体残疾人康复辅助器具适配服务规范

1 范围

本文件规定了肢体残疾人辅助器具适配服务的服务机构、服务流程、档案管理、质量评估与申诉等。本文件适用于为肢体残疾人提供辅助器具适配服务的相关机构和人员。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 10001.1 公共信息图形符号 第1部分：通用符号
GB 15630 消防安全标志设置要求
GB/T 24431 假肢、矫形器装配机构设施设备
GB/T 26341 残疾人残疾分类和分级
GB 55019 建筑与市政工程无障碍通用规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

肢体残疾 *physical disability*

人体运动系统的结构、功能损伤造成的四肢残缺或四肢、躯干麻痹(瘫痪)、畸形等导致人体运动功能不同程度丧失以及活动受限或参与的局限。

[来源:GB/T 26341-2010, 4.5]

3.2

辅助器具 *assistive product for person with disability*

功能障碍者使用的，特殊制作或一般可得到的用于如下目的的任何产品(包括器械、仪器、设备和软件)。

注:本文件以下将残疾人辅助器具称为辅助器具。

3.3

服务对象 *service target*

应包含16周岁以下有康复辅助器具需求的肢体功能障碍者。

4 服务机构

4.1 基本要求

4.1.1 辅助器具适配服务机构的注册登记手续应齐全，开设独立银行账户，取得合法经营资质。

4.1.2 应具备适配评估所需的场所、设施设备。

4.1.3 有稳定的服务团队，有适宜的服务内容，接受社会监督和业务主管部门的管理。

4.2 场所要求

4.2.1 场地环境

4.2.1.1 服务场所应环境宜居、交通便利、市政基础设施较为完善。

4.2.1.2 室内环境应整洁、卫生，空气畅通，宜有充足的采光条件。

4.2.1.3 在机构门口或醒目位置悬挂机构牌匾，各功能区域有醒目指示牌，廊道、道路畅通。

4.2.1.4 应设置公共卫生间，配备无障碍设施和安全防护设施，通风良好、无异味。

4.2.1.5 服务场所应在明显位置公示辅助器具适配服务流程和服务人员行为准则。

4.2.2 服务场所

4.2.2.1 宜配备独立的接待室、适配室、功能训练室、维修室，各功能区划分合理，面积符合残疾人适配需求。

4.2.2.2 应具备无障碍环境设施，场所符合 GB 55019 的相关要求。

4.2.2.3 应符合安全、消防、卫生等国家相关规定和标准要求。

4.2.3 设施设备

4.2.3.1 应配备适宜的消防设施设备，消防设施标志应符合 GB 15630 的要求，公共信息标识应符合 GB/T 10001.1 的要求。

4.2.3.2 应有取暖、降温设备，公共区域应设置应急照明灯，居室和卫生间应配置紧急呼叫设备。

4.2.3.3 服务场所应配置应急处理所需的急救药箱、轮椅等与障碍程度相适应的设备，宜提供康复器械、运动器材、图书报刊、电视机和计算机等设备。

4.2.3.4 应在服务场所公共区域安装视频安防监控系统、紧急报警装置。视频监控记录应至少保存 3 个月。

4.2.3.5 应具备能保证业务范围内有效实施服务的设施设备，包括身体功能评估和测试仪器、辅助器具调试设备和工具，用于体验选择的各类辅助器具和训练设施，加工、维修、维护的设备和工具等。

4.2.3.6 从事假肢和矫形器生产装配的机构，其设施设备应符合 GB/T 24431 的规定。

4.3 人员要求

4.3.1 专业人员应具备与辅助器具适配服务内容相适应的政策法规、康复医学、心理学、产品功能及辅助技术等相关知识和专业技能，并经过辅助技术适配服务岗位培训，获得相应岗位培训合格证书。

4.3.2 应具备相应国家职业资格证书，如假肢师和矫形器师等，应获取相应职业资格证书；或具备职业技能等级证书，如假肢装配工、矫形器装配工。

4.3.3 专业人员应按有关规定接受业务领域知识再培训及继续教育。

4.3.4 服务机构及专业人员应了解和收集辅助器具相关信息资源，包括服务政策、辅助技术专业、行业信息、产品信息、企业信息、新技术、新材料等。

5 服务流程

5.1 评估申请

肢体残疾人应向其所在地适配评估服务机构提出申请。

5.2 评估方式确定

适配评估服务机构根据肢体残疾人申请的辅助器具确定适配评估方式，线上适配或线下适配。

5.3 评估的实施

5.3.1 评估内容

5.3.1.1 专业人员应根据不同残疾类别的辅助器具需求而设定不同的评估内容，对服务对象身体功能状况进行检查和评估，并记录存入个人信息（见附录 A）档案。

5.3.1.2 肢体残疾功能评估应使用专业检测仪器设备和测量工具进行，评估项目应包括但不限于以下内容：

- a) 与所需辅助器具相关的肢体残疾功能评估；
- b) 适配辅助器具所需的功能障碍评估；
- c) 适配辅助器具适用性评估；
- d) 适配辅助器具所需的身体测量尺寸；
- e) 辅助器具使用环境和参与活动评估；
- f) 适配辅助器具必要的认知能力评估。

其它肢体残疾特殊复杂的功能评估，应根据评估团队进行特殊需求的个性化辅助器具定制服务。

5.3.2 评估报告

根据肢体残疾人辅具适配身体功能评估表（见附录B）为肢体残疾人进行辅具适配评估，出具辅具评估报告并作出辅具评估结论，符合辅具适配条件在报告中注明建议所适配辅具名称及数量，不符合适配条件的要备注说明原因。

5.4 辅助器具适配方案

5.4.1 专业人员应以收集的全部资料为依据，在准确判断功能状况、使用需求、使用环境及服务对象需求的基础上，进行综合分析后参考附录 B 表给出的辅助器具适配表，制定辅助器具适配方案。

5.4.2 应依据适配方案，经服务对象对辅助器具实际体验或经模拟试验并提出意见后，给出辅助器具适配结论，填写附录 B 中适配结论部分。

5.4.3 适配方案应需专业人员审核且签字确认。

5.4.4 适配结论至少应包括以下内容：

- a) 明确是否需要辅助器具；
- b) 明确辅助器具的类型；
- c) 提供适用辅助器具及附件的规格尺寸；
- d) 辅助器具主体材料材质；
- e) 是否需要接受辅助器具使用训练指导；
- f) 是否需要安排跟踪随访及跟踪随访的时间。

5.4.5 对需要进行个性化改制和特殊定制的辅助器具，应提出明确的技术要求和相应的说明。

5.4.6 辅助器具适配方案及结论应经服务对象或其亲属签字确认，必要时，如涉及家庭环境改造时，可与当地残联签订适配服务协议书。

5.5 配置辅助器具

5.5.1 辅助器具及主要零部件应为检验合格并在有效期内的产品，符合适配结论要求，并确保所有部件安全正常运行。

5.5.2 应为服务对象提供所需辅助器具获取渠道，自行购买辅助器具时，应向其提供产品性能、操作和使用环境说明等相关咨询及资讯服务。

5.5.3 服务机构不具备提供辅助器具或进行技术改造、个性化设计制造的服务能力时，应委托具备相应能力的服务机构或制造商提供服务。

5.6 符合性检查和适应性训练

5.6.1 应根据适配方案，对配置的辅助器具进行安全性进行检查，并指导服务对象和护理者正确使用。若辅助器具的使用方法较为复杂或需特殊的使用技巧，应安排适应性训练时间，由专业人员辅导使用。

5.6.2 应根据服务对象的适用情况对辅助器具进行调整，确定适配最终方案。

5.6.3 应提供辅助器具维修及保养相关资讯以确保服务对象的使用安全和使用效率。

5.6.4 经符合性检查和适应性训练后仍不适用时，如为辅助器具零部件问题，应根据服务流程重新准备；如为方案问题，应根据服务流程重新制定适配方案。

5.7 安全性检查

适配前应对辅助器具进行结构稳定性测试（静态承重 ≥ 1.5 倍体重）、材料安全性检测（生物相容性达标、防锈工艺合格）；配置防倾覆装置（侧倾角 $\leq 8^\circ$ ）、紧急制动系统（响应 ≤ 0.5 s）及过载报警功能；需通过用户生活场景实地安全验证（如湿滑地面防滑），并建立定期复查机制（首月、3个月回访，后续年检），检测数据包含磨损度、传感器校准及用户反馈。

5.8 交付使用

应根据辅助器具适配最终方案，对交付使用的辅助器具应进行检查，核对适配方案无异议后，交付服务对象确认后签收。在交付使用前，应教会使用者或护理人员使用、家庭保养和简单维修。

5.9 随访

- 5.9.1 辅助器具交付使用后，应采用电话、微信、入户访问或服务对象反馈等多种形式进行随访，了解服务对象的使用效果和功能障碍康复情况。
- 5.9.2 对随访中发现的辅助器具使用问题，应及时进行必要的调整、维护、维修或更换。
- 5.9.3 对随访过程中由于使用者身体功能及形体的改变导致辅助器具不适用时，应视随访情况按相应流程及内容重新进行辅助器具适配服务。

6 档案管理

辅助器具适配服务机构开展肢体残疾人常用型辅助器具适配的所有相关档案资料应予存档。存档文件应标识准确，信息资料完整，便于查阅。如为电子文档存储，应备份。

7 质量评估与申诉

7.1 质量评估

- 7.1.1 为保证服务效果和质量，服务机构应进行服务质量评估，对服务完成情况进行评估。
- 7.1.2 应主动征询服务对象及其亲友的意见，在开展评估过程中应主动征询这些意见。
- 7.1.3 在残疾人适配辅具3个月内，服务机构对其使用情况进行随访和评估的比率达到100%。
- 7.1.4 残疾人对适配服务的满意率不低于90%。

7.2 申诉

服务对象可进行申诉，机构应对所提出的申诉及时响应。

附 录 A
(资料性)
康复辅助器具适配基础信息

康复辅助器具评估适配基础信息表见表A.1。

表A.1 康复辅助器具评估适配基础信息表

档案编号：

基本资料	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	民族		年龄	
	身份证号		残疾证号	
	残疾类别	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 言语 其他：_____	残疾等级	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级
	教育状况	<input type="checkbox"/> 未受教育 <input type="checkbox"/> 学前 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 其它		
	联系地址			
	联系电话		电子邮箱	
	监护人姓名		联系电话	
生活来源	<input type="checkbox"/> 个人所得 <input type="checkbox"/> 家庭供养 <input type="checkbox"/> 不定期社会救助 <input type="checkbox"/> 低收入家庭 <input type="checkbox"/> 享受最低生活保障（城市） <input type="checkbox"/> 享受五保供养（农村）			
伤残原因	<input type="checkbox"/> 外伤 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天异常 <input type="checkbox"/> 药物 <input type="checkbox"/> 其它			
行为能力	肢体： <input type="checkbox"/> 移动困难 <input type="checkbox"/> 自理困难 <input type="checkbox"/> 其它 视力： <input type="checkbox"/> 自理困难 <input type="checkbox"/> 交流（看、阅读）困难 <input type="checkbox"/> 其它 听力言语： <input type="checkbox"/> 交流（听、说）困难 <input type="checkbox"/> 人际交往困难 <input type="checkbox"/> 其它 智力精神： <input type="checkbox"/> 人际交往困难 <input type="checkbox"/> 社区生活困难 <input type="checkbox"/> 其它 日常活动： <input type="checkbox"/> 独立完成 <input type="checkbox"/> 部分协助 <input type="checkbox"/> 完全协助 <input type="checkbox"/> 其它			
生活环境				
康复辅助器具需求信息	使用目的： <input type="checkbox"/> 日常生活 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 休闲与运动其它意愿： 使用环境： <input type="checkbox"/> 家居 <input type="checkbox"/> 社区 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 一般路面 <input type="checkbox"/> 工作场所 <input type="checkbox"/> 其它 使用性质： <input type="checkbox"/> 暂时性 <input type="checkbox"/> 永久性			
目前使用康复辅助器具情况	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 名称：_____ 目前已使用：_____年。 <input type="checkbox"/> 已损坏无法修复，需更新。 <input type="checkbox"/> 规格或功能不符使用者现在的需求，需更换。 <input type="checkbox"/> 适合继续使用，但需要另购置一件_____，用于_____。 <input type="checkbox"/> 部分零件损坏或需要调整，可进行修复或调整。 <input type="checkbox"/> 符合使用者现在的使用需求。			
建议适配结果				
建议适配	类型：		名称：	
评估人：				日期：_____

表B.2 轮椅车评估适配表

档案编号:

共3页第1页

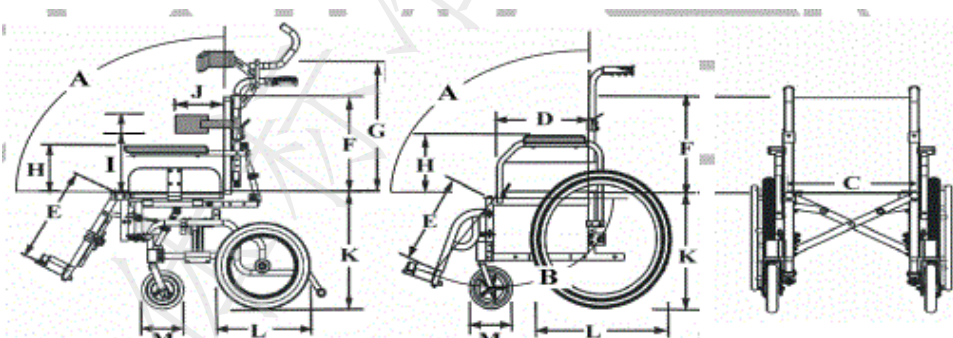
姓名			身份证或残疾证号		
身体尺寸量测: 身高约 厘米, 体重约 千克					
					
1 髋间角度:		4 臀至膝窝长:		7 肩高:	
2 膝关节角度:		5 膝窝高:		8 头高:	
3 臀宽:		6 肩胛下角高:		9 胸宽:	
				10 肩宽:	
				11 上臂长:	
				其它:	
坐姿平衡	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 双手扶持尚可维持平衡 <input type="checkbox"/> 双手扶持难以维持平衡 <input type="checkbox"/> 在未扶持情况下, 身体明显倾倒 <input type="checkbox"/> 左侧 <input type="checkbox"/> 右侧 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 后方				
骨盆	坐姿时骨盆经常: <input type="checkbox"/> 向前滑动 <input type="checkbox"/> 向后滑动 <input type="checkbox"/> 向右滑动 <input type="checkbox"/> 向左滑动				
脊柱	<input type="checkbox"/> 正常或无明显变形 <input type="checkbox"/> 脊柱侧弯 <input type="checkbox"/> 可调整 <input type="checkbox"/> 部分可调整 <input type="checkbox"/> 完全固定变形				
头部控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶可维持头部正中位置但控制不佳或耐力不足 <input type="checkbox"/> 完全无法控制				
肩部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 后缩 <input type="checkbox"/> 前突				
髋部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 内收 <input type="checkbox"/> 外展 <input type="checkbox"/> 风吹式变形 <input type="checkbox"/> 其它				
膝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 弯曲变形 <input type="checkbox"/> 伸直变形				
踝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 外翻变形 <input type="checkbox"/> 跖屈变形				
其它挛缩	部位: 对坐姿摆位的影响:				
认知能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差		视知觉能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差	
判断能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 错乱或迟钝		情绪控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差	
压疮	<input type="checkbox"/> 未发生 <input type="checkbox"/> 过去有 <input type="checkbox"/> 目前有: 部位: 尺寸: 厘米× 厘米 分级: <input type="checkbox"/> I (皮肤完整没有破损, 有持续不退的红斑印) <input type="checkbox"/> II (皮肤有水泡或红疹且伤到真皮层) <input type="checkbox"/> III (皮肤层全部受伤并深到皮下组织或脂肪) <input type="checkbox"/> IV (深及肌膜、肌肉, 甚至深及骨头)				
操作技能	<input type="checkbox"/> 使用者 <input type="checkbox"/> 护理者 1) 启动/松开刹车: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 迟缓或困难 2) 在平地及坡面上执行前进、后退、转向及停止: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 迟缓或困难 3) 自行开门并安全通过: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 4) 于较窄的通道中稳定向前推行5米: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 5) 进出卫生间或马桶、床铺间的转位: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 迟缓或困难 6) 上下10厘米的台阶: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不安全或困难				

评估人: _____ 日期: _____

表B.2 轮椅车评估适配表（续）

档案编号：

共3页第2页

姓名		身份证或残疾证号	
适配建议	类型	<input type="checkbox"/> 普通钢制轮椅车 <input type="checkbox"/> 铝合金或其它轻型材质轮椅车： <input type="checkbox"/> 扶手及踏板可旋开或拆卸 <input type="checkbox"/> 扶手及踏板无法旋开或拆卸 <input type="checkbox"/> 座椅不需附加姿势变换功能 <input type="checkbox"/> 可斜躺型 <input type="checkbox"/> 空中倾倒型 <input type="checkbox"/> 站立型 <input type="checkbox"/> 升降座面型 骨架形式： <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 折合式 后轮轴心： <input type="checkbox"/> 标准 <input type="checkbox"/> 前置 <input type="checkbox"/> 后置 手推圈： <input type="checkbox"/> 金属推圈 <input type="checkbox"/> 塑料推圈 <input type="checkbox"/> 加装梅花轮 <input type="checkbox"/> 披覆橡胶增加摩擦力	
	座垫	材质： <input type="checkbox"/> 一般帆布 <input type="checkbox"/> 有硬式底板 <input type="checkbox"/> 泡棉 <input type="checkbox"/> 气垫 <input type="checkbox"/> 流体凝胶 <input type="checkbox"/> 半固态凝胶 <input type="checkbox"/> 复合材料 <input type="checkbox"/> 其它 座垫总厚度： <input type="text"/> 厘米	
	背靠	材质： <input type="checkbox"/> 一般帆布 <input type="checkbox"/> 泡棉 <input type="checkbox"/> 气垫 <input type="checkbox"/> 流体凝胶 <input type="checkbox"/> 半固态凝胶 <input type="checkbox"/> 复合材料 结构： <input type="checkbox"/> 有硬式底板 <input type="checkbox"/> 可附加躯干侧支撑 <input type="checkbox"/> 有快速拆装机构 <input type="checkbox"/> 可调整吊挂参数 造型： <input type="checkbox"/> 人体工学曲面适形 <input type="checkbox"/> 平面型	
	座椅系统	坐姿摆位配件与规格：（可复选） 骨盆带： <input type="checkbox"/> 弹扣式织带 <input type="checkbox"/> 两截式 PVC 黏扣带 小腿靠杆： <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 前置 <input type="checkbox"/> 后置 角度： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 可上抬 <input type="checkbox"/> 可内外旋或拆卸 小腿支撑方式： <input type="checkbox"/> 小腿靠垫 <input type="checkbox"/> 小腿靠带 踏板形式： <input type="checkbox"/> 单片式 <input type="checkbox"/> 两片式 扶手： <input type="checkbox"/> 全长式 <input type="checkbox"/> 近桌式 拆卸与调整功能： <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 后掀式 <input type="checkbox"/> 全掀 <input type="checkbox"/> 高度可调 躯干侧支撑： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 头靠系统 <input type="checkbox"/> 臀侧支撑垫 <input type="checkbox"/> 外展鞍板 <input type="checkbox"/> 内收鞍板 <input type="checkbox"/> 使用型胸带 <input type="checkbox"/> 其它配件及说明：	
	座椅系统	 <p>座椅尺寸与角度标注如下： 座背靠夹角 (A)：_____ 腿靠角度 (B)：_____ 座宽 (C 座垫宽度或扶手间距)：_____ 座深 (D)：左_____右_____ 头靠高度 (G)：_____ 扶手高度 (H)：左_____右_____ 躯干侧撑：高度 (I)：左_____~_____右_____~_____ 深度 (J)：左_____~_____右_____~_____ 座面高度 (K)：_____ 后轮尺寸 (L)：_____ 前导轮尺寸 (M)：_____</p>	
使用环境	主要使用环境： <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 户外 <input type="checkbox"/> 均需要 主要操作者： <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 照顾者 <input type="checkbox"/> 两者皆要		

评估人：_____ 日期：_____

表B.2 轮椅车评估适配表（续）

档案编号：

共3页第3页

姓名		身份证或残疾证号
适 配 结 论	产品信息	根据基础信息、适配建议及试用等情况，给出适配康复辅助器具的产品信息（如材质、规格、配件、改进等）：
	预期目标	简要描述使用康复辅助器具的目标：
	使用训练及调整	使用训练： <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要。 训练目标及要求： 使用调整： <input type="checkbox"/> 无须修改及调整 <input type="checkbox"/> 经修改调整后已符合使用需求 <input type="checkbox"/> 完全不适用，重新评估适配
	跟踪随访	时间：_____。 随访方式： <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 信访 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 入户 随访结果： <input type="checkbox"/> 持续有效 <input type="checkbox"/> 需训练指导 <input type="checkbox"/> 需调整维护 <input type="checkbox"/> 需重新配置 <input type="checkbox"/> 需重新功能评估
	其它建议事项	

评估人：_____ 日期：_____

表B.3 轮椅车坐垫评估适配表

档案编号: _____

姓名		身份证或残疾证号		
身体尺寸测量: 身高约 _____ 厘米, 体重约 _____ 千克				
身体功能评估	相关身体部位姿态	坐姿平衡	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 双手扶持尚可维持平衡 <input type="checkbox"/> 双手扶持难以维持平衡 <input type="checkbox"/> 在未扶持情况下, 身体明显倾倒 <input type="radio"/> 左侧 <input type="radio"/> 右侧 <input type="radio"/> 前方 <input type="radio"/> 后方	
		骨盆	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 坐姿时骨盆经常: <input type="checkbox"/> 向前滑动 <input type="checkbox"/> 向后滑动 <input type="checkbox"/> 向右滑动 <input type="checkbox"/> 向左滑动 <input type="checkbox"/> 向前倾/后倾: 变形情况: <input type="checkbox"/> 可调整 <input type="checkbox"/> 部分可调整 <input type="checkbox"/> 完全固定变形 <input type="checkbox"/> 向右/左倾斜: 变形情况: <input type="checkbox"/> 可调整 <input type="checkbox"/> 部分可调整 <input type="checkbox"/> 完全固定变形 <input type="checkbox"/> 向右/左旋转: 变形情况: <input type="checkbox"/> 可调整 <input type="checkbox"/> 部分可调整 <input type="checkbox"/> 完全固定变形	
			脊柱	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 脊柱侧弯 <input type="checkbox"/> 脊柱后弯 <input type="checkbox"/> 脊柱前弯
			髋部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 内收 <input type="checkbox"/> 外展 <input type="checkbox"/> 风吹式变形 <input type="checkbox"/> 其它
	易导致褥疮发生的危险因素	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 皮肤清洁不佳 <input type="checkbox"/> 营养不良 <input type="checkbox"/> 异常骨突结构 <input type="checkbox"/> 皮肤感染或疾病 <input type="checkbox"/> 经常性摩擦 <input type="checkbox"/> 臀部皮肤感觉丧失 <input type="checkbox"/> 其它: _____		
	压疮	<input type="checkbox"/> 未发生 <input type="checkbox"/> 过去有 <input type="checkbox"/> 目前有: 部位: _____ 尺寸: _____ 厘米× _____ 厘米 目前压疮分级: <input type="checkbox"/> I (皮肤完整没有破损, 有持续不退的红斑印) <input type="checkbox"/> II (皮肤有水泡或红疹且伤到真皮层) <input type="checkbox"/> III (皮肤层全部受伤并深到皮下组织或脂肪) <input type="checkbox"/> IV (深及肌膜、肌肉, 甚至深及骨头)		
	减压能力	<input type="checkbox"/> 独立将身体撑起进行臀部减压 <input type="checkbox"/> 由座椅姿势或角度变换进行减压 <input type="checkbox"/> 由身体重心偏移进行减压 <input type="checkbox"/> 无自主减压能力		
	座垫操作能力	移位时放置或改变座垫位置的能力: <input type="checkbox"/> 可独立完成 <input type="checkbox"/> 需照顾者协助 检视座垫使用状态的能力: <input type="checkbox"/> 可独立完成 <input type="checkbox"/> 需照顾者协助 充气或调整座垫压力得能力: <input type="checkbox"/> 可独立完成 <input type="checkbox"/> 需照顾者协助		
	配合座垫使用的辅具	座面尺寸: 座宽 _____ 厘米, 座深 _____ 厘米; 支撑面: <input type="checkbox"/> 硬板 <input type="checkbox"/> 布面 <input type="checkbox"/> 手动轮椅车: <input type="radio"/> 护理型 <input type="radio"/> 自推型; 座椅姿势或角度变换得减压功能: <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无 <input type="checkbox"/> 电动轮椅车: 座椅姿势或角度变换得减压功能: <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 手动操作 <input type="radio"/> 电动操作 <input type="checkbox"/> 摆位椅 (非移行辅具) <input type="checkbox"/> 其它:		
	适配建议	材质	<input type="checkbox"/> 海绵座垫 <input type="checkbox"/> 凝胶垫: <input type="radio"/> 固态 <input type="radio"/> 流体凝胶垫 <input type="checkbox"/> 海绵底座 <input type="checkbox"/> 连通管气囊组合气垫 <input type="checkbox"/> 填充式气囊气垫 <input type="checkbox"/> 蜂巢结构聚酯材料垫 <input type="checkbox"/> 电动交替充气型气垫 其它: _____	
造型		<input type="checkbox"/> 平面型 <input type="checkbox"/> 预先成形得曲面形 <input type="checkbox"/> 乘坐时自动适形 <input type="checkbox"/> 定制及说明:		
尺寸		座宽: _____ 厘米, 座深: _____ 厘米, 未乘坐时座垫厚度: _____ 厘米		
摆位调整		<input type="checkbox"/> 无需进行特殊调整功能 <input type="checkbox"/> 需摆位调整如下: 前/后半部的左/右侧, 增加/减少支撑 _____ 厘米		
配件				
适配结论	产品信息	根据基础信息、适配建议及试用等情况, 给出适配康复辅助器具的产品信息 (如材质、规格、配件、改进等):		
	预期目标	简要描述使用康复辅助器具的目标:		
	使用训练及调整	使用训练: <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要 训练目标及要求: 使用调整: <input type="checkbox"/> 无需修改及调整 <input type="checkbox"/> 经修改调整后已符合使用需求 <input type="checkbox"/> 完全不适用, 重新评估适配		
	跟踪随访	时间: _____ 随访方式: <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 信访 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 入户 随访结果: <input type="checkbox"/> 持续有效 <input type="checkbox"/> 需训练指导 <input type="checkbox"/> 需调整维护 <input type="checkbox"/> 需重新配置 <input type="checkbox"/> 需重新功能评估		
	其它建议事项			

评估人: _____ 日期: _____

表B.4 电动车轮椅车评估适配表

档案编号:

共2页第1页

姓名		身份证或残疾证号	
身体尺寸量测: 身高约 _____ 厘米, 体重约 _____ 千克			
1 髋间角度:		5 膝窝高:	
2 膝关节角度:		7 肩高:	
4 臀至膝窝长:		9 胸宽:	
		11 上臂长:	
		8 头高:	
		10: 肩宽	
		3 臀宽:	
		其它:	
坐姿平衡	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 双手扶持尚可维持平衡 <input type="checkbox"/> 双手扶持难以维持平衡 <input type="checkbox"/> 在未扶持情况下, 身体明显倾倒 ○左侧 ○右侧 ○前方 ○后方		
骨盆	坐姿时骨盆经常: <input type="checkbox"/> 向前滑动 <input type="checkbox"/> 向后滑动 <input type="checkbox"/> 向右滑动 <input type="checkbox"/> 向左滑动		
脊柱	<input type="checkbox"/> 正常或无明显变形 <input type="checkbox"/> 脊柱侧弯 <input type="checkbox"/> 可调整 <input type="checkbox"/> 部分可调整 <input type="checkbox"/> 完全固定变形		
头部控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶可维持头部正中位置但控制不佳或耐力不足 <input type="checkbox"/> 完全无法控制		
肩部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 后缩 <input type="checkbox"/> 前突		
髋部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 内收 <input type="checkbox"/> 外展 <input type="checkbox"/> 风吹式变形 <input type="checkbox"/> 其它		
膝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 弯曲变形 <input type="checkbox"/> 伸直变形		
踝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 外翻变形 <input type="checkbox"/> 跖屈变形 是否影响控制器操作 ○是 ○否		
其它挛缩	部位: _____ 对坐姿摆位与操作电动轮椅的影响: _____		
认知能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差 (影响操作安全性)		视觉能力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差 (影响操作安全性)
判断能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 错乱或迟钝 (影响操作安全性)		情绪控制 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差 (影响操作安全性)
压疮	<input type="checkbox"/> 未发生 <input type="checkbox"/> 过去有 <input type="checkbox"/> 目前有: 部位: _____ 尺寸: _____ 厘米×_____ 厘米 分级: <input type="checkbox"/> I (皮肤完整没有破损, 有持续不退的红斑印) <input type="checkbox"/> II (皮肤有水泡或红疹且伤到真皮层) <input type="checkbox"/> III (皮肤层全部受伤并深到皮下组织或脂肪) <input type="checkbox"/> IV (深及肌膜、肌肉, 甚至深及骨头)		
操作技能	1) 开启/关闭开关: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 迟缓或困难 2) 依指令执行前进、后退、转向及停止: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否, 执行 _____ 时有困难 3) 于较窄的通道中稳定向前直开 5 米: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 4) 在直径 150 厘米的范围内完成直接回转: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 5) 以分段方式, 完成狭小空间中的回转: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 6) 自行开门并安全通过: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 7) 在坡面上依指令执行前进、后退、转向及停止: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 8) 能关注别人及自身的安全: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		

评估人: _____ 日期: _____

表B.4 电动车轮椅车评估适配表（续）

共2页第2页

档案编号：

姓名		身份证或残疾证号
适配建议	类型	<input type="checkbox"/> 室内型 <input type="checkbox"/> 室外型 <input type="checkbox"/> 道路型 <input type="checkbox"/> 三轮 <input type="checkbox"/> 四轮 驱动轮： <input type="checkbox"/> 前轮 <input type="checkbox"/> 后轮 <input type="checkbox"/> 四轮 主要操作者： <input type="checkbox"/> 乘坐者 <input type="checkbox"/> 护理者 <input type="checkbox"/> 两者皆要 操作方式： <input type="checkbox"/> 万象操纵杆 <input type="checkbox"/> 推拉杆式 <input type="checkbox"/> 方向把式 <input type="checkbox"/> 其它
	座椅系统	<input type="checkbox"/> 固定型座椅（座椅相关高度、角度与姿势无法变换） <input type="checkbox"/> 姿势可变座椅： <input type="checkbox"/> 可躺 <input type="checkbox"/> 仰翘 <input type="checkbox"/> 站立 <input type="checkbox"/> 升降 <input type="checkbox"/> 其它 作动方式： <input type="checkbox"/> 电动 <input type="checkbox"/> 手动
		座椅材质： <input type="checkbox"/> 一般凡布椅 <input type="checkbox"/> 汽车沙发椅 <input type="checkbox"/> 摆位椅 <input type="checkbox"/> 外加座背靠
		坐姿摆位配件与规格：（可复选） <input type="checkbox"/> 骨盆带 <input type="checkbox"/> 臀侧支撑垫 <input type="checkbox"/> 外展鞍板 <input type="checkbox"/> 内收鞍板 小腿靠： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 可上抬 <input type="checkbox"/> 可内外旋或拆卸 小腿支撑方式： <input type="checkbox"/> 小腿靠垫 <input type="checkbox"/> 小腿靠带 踏板形式： <input type="checkbox"/> 单片式 <input type="checkbox"/> 两片式 躯干侧支撑： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 头靠系统： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		尺寸与角度参数：（无需某配件时该参数不填） 长度单位：厘米，角度单位：度 座背靠夹角（A）：____腿靠角度（B）：____ 座宽（C座垫宽度或扶手间距）：____ 座深（D）：左____右____ 腿靠长度（E）：左____右____ 椅背高度（F）：____头靠高度（G）：____ 扶手高度（H）：左____右____ 躯干侧撑：高度（I）：左____~____右____~____
		
适配结论	产品信息	根据基础信息、适配建议及试用等情况，给出适配康复辅助器具的产品信息（如材质、规格、配件、改进等）：
	预期目标	简要描述使用康复辅助器具的目标：
	使用训练及调整	使用训练： <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要。 训练目标及要求： 使用调整： <input type="checkbox"/> 无须修改及调整 <input type="checkbox"/> 经修改调整后已符合使用需求 <input type="checkbox"/> 完全不适用，重新评估适配
	跟踪随访	时间：____ 随访方式： <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 信访 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 入户 随访结果： <input type="checkbox"/> 持续有效 <input type="checkbox"/> 需训练指导 <input type="checkbox"/> 需调整维护 <input type="checkbox"/> 需重新配置 <input type="checkbox"/> 需重新功能评估
	其它建议事项	

评估人：_____ 日期：_____

表B.5 站立架评估适配表

档案编号：

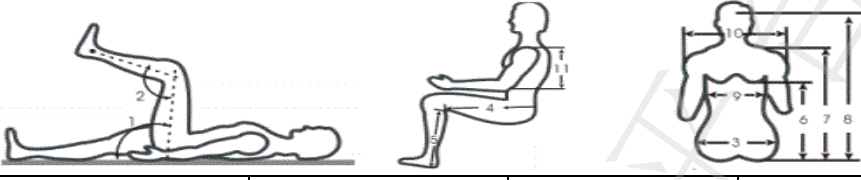
姓名		身份证或残疾证号		
身体功能评估	姿势控制能力	头部控制	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 需支撑	
		躯干控制	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 需支撑	
		站立能力	<input type="checkbox"/> 可放手安全地站 5 分钟以上 <input type="checkbox"/> 可扶物站立，姿势良好 <input type="checkbox"/> 可扶物站立，姿势不佳 <input type="checkbox"/> 无法自行站立	
	人体测量	身高：_____厘米 体重：_____千克 腿长：_____厘米		
	张力异常	头颈： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张	躯干： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张	
		左上肢： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张	右上肢： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张	
		左下肢： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张	右下肢： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张	
	关节活动度异常	关节名称	左	右
		髋关节	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 紧 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 紧 <input type="checkbox"/> 受限
		膝关节	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 紧 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 紧 <input type="checkbox"/> 受限
踝关节		<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 紧 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 紧 <input type="checkbox"/> 受限	
功能性骨路异常 (可复选)	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 骨盆倾斜 <input type="checkbox"/> 脊柱侧弯 <input type="checkbox"/> 脊柱前凸 <input type="checkbox"/> 脊柱后弯 <input type="checkbox"/> 长短腿 <input type="checkbox"/> 大腿内缩 <input type="checkbox"/> 大腿外展 <input type="checkbox"/> 足内翻 <input type="checkbox"/> 足外翻 <input type="checkbox"/> 马蹄内翻足 <input type="checkbox"/> 马蹄外翻足			
结构性骨骼异常 (可复选)	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 骨盆倾斜 <input type="checkbox"/> 脊柱侧弯 <input type="checkbox"/> 脊柱前凸 <input type="checkbox"/> 脊柱后弯 <input type="checkbox"/> 长短腿 <input type="checkbox"/> 大腿内缩 <input type="checkbox"/> 大腿外展 <input type="checkbox"/> 足内翻 <input type="checkbox"/> 足外翻 <input type="checkbox"/> 马蹄内翻足 <input type="checkbox"/> 马蹄外翻足			
适配建议	类型 <input type="checkbox"/> 俯卧式 <input type="checkbox"/> 仰卧式 <input type="checkbox"/> 直立式站立架 <input type="checkbox"/> 直立式站立箱			
摆位配件需求 (可复选)	<input type="checkbox"/> 无需 <input type="checkbox"/> 胸板 <input type="checkbox"/> 胸部侧撑板 <input type="checkbox"/> 胸部固定带 <input type="checkbox"/> 腹板 <input type="checkbox"/> 骨盆侧撑板 <input type="checkbox"/> 腹部固定带 <input type="checkbox"/> 臀部固定带 <input type="checkbox"/> 膝板 <input type="checkbox"/> 膝部侧撑板 <input type="checkbox"/> 膝固定带 <input type="checkbox"/> 分腿器 <input type="checkbox"/> 可调式脚踏板 <input type="checkbox"/> 桌板 <input type="checkbox"/> 足部固定带			
站立架负荷重量	须大于体重_____千克			
适配结论	产品信息	根据基础信息、适配建议及试用等情况，给出适配康复辅助器具的产品信息（如材质、规格、配件、改进等）：		
	预期目标	简要描述使用康复辅助器具的目标：		
	使用训练及调整	使用训练： <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要。 训练目标及要求： 家长是否需要接受使用操作训练： <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要 使用调整： <input type="checkbox"/> 无须修改及调整 <input type="checkbox"/> 经修改调整后已符合使用需求 <input type="checkbox"/> 完全不适用，重新评估适配		
	跟踪随访	时间：_____ 随访方式： <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 信访 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 入户 随访结果： <input type="checkbox"/> 持续有效 <input type="checkbox"/> 需训练指导 <input type="checkbox"/> 需调整维护 <input type="checkbox"/> 需重新配置 <input type="checkbox"/> 需重新功能评估		
	其它建议事项			

评估人：_____日期：_____

表B.6 坐姿椅评估适配表

档案编号:

共1页第1页

姓名	身份证或残疾证号															
身体功能评估	身体尺寸量测: 身高约_____厘米, 体重约_____千克															
	身体尺寸 cm															
	1 颈间角度:	5 膝窝高:	7 肩高:	9 胸宽:												
	2 膝关节角度:	11 上臂长:	8 头高:	10: 肩宽												
	4 臀至膝窝长:	6 肩胛下角高:	3 臀宽:	其它:												
	坐姿支撑需求	<input type="checkbox"/> 放手坐姿 (不须靠双手支撑可长时间坐着) <input type="checkbox"/> 手撑坐姿 (须靠一手或双手支撑地面才能保持坐姿) <input type="checkbox"/> 支撑坐姿 (须在骨盆与躯干处给予重大支撑才能坐着)														
	坐姿控制能力	<input type="checkbox"/> 无法被摆放在坐姿 <input type="checkbox"/> 可被摆放在坐姿, 但无法自行维持 <input type="checkbox"/> 可被摆放在坐姿, 但无法动作 <input type="checkbox"/> 可以维持坐姿, 只可在支持面内动作 <input type="checkbox"/> 可以维持坐姿, 可做超过支持底面的动作 <input type="checkbox"/> 可移动离开坐姿, 但无法恢复原姿 <input type="checkbox"/> 可移动离开坐姿, 又可回到坐姿														
	张立异常	头、颈: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张 躯干: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张 左上肢: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张 右上肢: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张 左下肢: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张 右下肢: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低张 <input type="checkbox"/> 高张														
	下肢被动关节活动异常	<table border="1"> <thead> <tr> <th>关节名称</th> <th>左</th> <th>右</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>髋关节</td> <td><input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>受限</td> <td><input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>受限</td> </tr> <tr> <td>膝关节</td> <td><input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>受限</td> <td><input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>受限</td> </tr> <tr> <td>踝关节</td> <td><input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>受限</td> <td><input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>受限</td> </tr> </tbody> </table>			关节名称	左	右	髋关节	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限	膝关节	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限	踝关节	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限
	关节名称	左	右													
髋关节	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限														
膝关节	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限														
踝关节	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 受限														
功能性骨骼异常	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 骨盆倾斜 <input type="checkbox"/> 脊柱侧弯 <input type="checkbox"/> 脊柱前凸 <input type="checkbox"/> 脊柱后弯 <input type="checkbox"/> 长短腿 <input type="checkbox"/> 大腿内缩 <input type="checkbox"/> 大腿外展 <input type="checkbox"/> 足内翻 <input type="checkbox"/> 足外翻 <input type="checkbox"/> 马蹄内翻足 <input type="checkbox"/> 马蹄外翻足															
结构性骨骼异常	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 骨盆倾斜 <input type="checkbox"/> 脊柱侧弯 <input type="checkbox"/> 脊柱前凸 <input type="checkbox"/> 脊柱后弯 <input type="checkbox"/> 长短腿 <input type="checkbox"/> 大腿内缩 <input type="checkbox"/> 大腿外展 <input type="checkbox"/> 足内翻 <input type="checkbox"/> 足外翻 <input type="checkbox"/> 马蹄内翻足 <input type="checkbox"/> 马蹄外翻足															
适配建议	类型 <input type="checkbox"/> 喂食椅○小 (身高小于 91 厘米) ○中 (身高 91-122 厘米) ○大 (身高 123-150 厘米) <input type="checkbox"/> 特大 (身高 151-183 厘米) <input type="checkbox"/> 三角椅: 座宽_____厘米, 座深_____厘米, 背高_____厘米 摆位配件需求 (可复选) <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 前膝挡板 <input type="checkbox"/> 外展挡板 <input type="checkbox"/> 外展鞍板 <input type="checkbox"/> 躯干侧撑板 <input type="checkbox"/> 骨盆带 <input type="checkbox"/> 胸部垫带 <input type="checkbox"/> H型鞍带 <input type="checkbox"/> 足部固定带 底座需求 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 地板底座 <input type="checkbox"/> 课桌高度底座 <input type="checkbox"/> 餐桌高度底座 底座推动需求 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 可推式 <input type="checkbox"/> 轮椅车或推车底座															
适配结论	产品信息 根据基础信息、适配建议及试用等情况, 给出适配康复辅助器具的产品信息 (如材质、规格、配件、改进等): 预期目标 简要描述使用康复辅助器具的目标: 使用训练及调整 使用训练: <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要。 训练目标及要求: 家长是否需要接受使用操作训练: <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要 使用调整: <input type="checkbox"/> 无须修改及调整 <input type="checkbox"/> 经修改调整后已符合使用需求 <input type="checkbox"/> 完全不适用, 重新评估适配 跟踪随访 时间: _____ 随访方式: <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 信访 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 入户 随访结果: <input type="checkbox"/> 持续有效 <input type="checkbox"/> 需训练指导 <input type="checkbox"/> 需调整维护 <input type="checkbox"/> 需重新配置 <input type="checkbox"/> 需重新功能评估 其它建议事项															

评估人: _____ 日期: _____