东营市适龄残疾儿童入学健康鉴定评估表

编号: □□□□□□□ 残疾人证编号：

姓名: 性别: □男 □女 民族: 籍贯:

出生日期: 年 月 日 年龄: 岁 月 胎次: 产次:

户籍情况: □本市 □外地 家庭地址: 省 市 县(市、区) 路 号 室

父亲姓名: 年龄: 职业: 文化程度:

母亲姓名: 年龄: 职业: 文化程度:

家族史: □无 □有

既往病史: □无 □有

疾病治疗: □无 □有

手术史: □无 □有

既往就读情况: □无 □有

学校名称: 就读年龄: 就读时间:

学校名称: 就读年龄: 就读时间:

曾经接受康复训练情况: □无 □有

机构名称: 训练项目: 受训年龄: 训练时间:

机构名称: 训练项目: 受训年龄: 训练时间:

机构名称: 训练项目: 受训年龄: 训练时间:

评估者: 评估日期: 年 月 日

一、特殊疾患情况

1.1视力残疾： □是 □否

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童年龄 |  | 诊断时间 |  | 备注 |
| 残疾程度 | □疑似 □一级 □二级 □三级 □四级 □未分级 |  |
| 诊断机构 |  |

1.2听力残疾： □是 □否

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童年龄 |  | 诊断时间 |  | 备注 |
| 残疾程度 | □疑似 □一级 □二级 □三级 □四级 □未分级 |  |
| 诊断机构 |  |

1.3智力残疾： □是 □否

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童年龄 |  | 诊断时间 |  | 备注 |
| 残疾程度 | □疑似 □一级 □二级 □三级 □四级 □未分级 |  |
| 诊断机构 |  |

1.4肢体残疾： □脑瘫型 □非脑瘫型 □ 否

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童年龄 |  | 诊断时间 |  | 备注 |
| 残疾程度 | □疑似 □一级 □二级 □三级 □四级 □未分级 |  |
| 诊断机构 |  |

1.5语言残疾： □是 □否

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童年龄 |  | 诊断时间 |  | 备注 |
| 残疾程度 | □疑似 □一级 □二级 □三级 □四级 □未分级 |  |
| 诊断机构 |  |

1.6精神残疾： □自闭症（①疑似 ②确诊） □非自闭症 □否

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童年龄 |  | 诊断时间 |  | 备注 |
| 残疾程度 | □疑似 □一级 □二级 □三级 □四级 □未分级 |  |
| 诊断机构 |  |

1.7其他残疾： □是 □否

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童年龄 |  | 诊断时间 |  | 备注 |
| 残疾程度 | □疑似 □一级 □二级 □三级 □四级 □未分级 |  |
| 诊断机构 |  |

评估者: 评估日期: 年 月 日

二、出生缺陷/先天畸形情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 系统分布 | 检出情况 | 缺陷或残疾类别 | 诊断机构和时间 |
| 2.1五官系统 | □无 □有 | □腭裂□唇裂□唇裂合并腭裂□小耳（包括无耳）□外耳其他畸形□其他  |  |
| 2.2神经系统 | □无 □有 | □脊柱裂□先天性脑积水□唐氏综合症□其他  |  |
| 2.3循环系统 | □无 □有 | □先天性心脏病□其他  |  |
| 2.4消化系统 | □无 □有 | □食道闭锁或狭窄□直肠肛门闭锁或狭窄（包括无肛）□先天性膈疝□其他  |  |
| 2.5泌尿生殖系统 | □无 □有 | □尿道下裂□膀胱外翻□其他  |  |
| 2.6骨骼肌肉系统 | □无 □有 | □多指（趾）□并指（趾）□肢体缺短[包括缺指、裂手（足）]□其他  |  |
| 2.7遗传代谢障碍 | □无 □有 | □先天性甲状腺功能低下（CH）□苯丙酮尿症（PKU）□先天性肾上腺皮质增生症（CAH）□葡萄糖6-磷酸脱氢酶缺陷症（G-6-PD） |  |
| 2.8其他缺陷畸形 | □无 □有 |   |  |

注：本栏目内容为问询家长后填写儿童已知缺陷或畸形名称。

评估者: 评估日期: 年 月 日

三、体格生长发育情况

3.1体格生长

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年龄 | 体重/年龄 | 身高/年龄 | 体重/身高 | 头围 | 备注 |
| 岁月 | kg | P值 | cm | P值 | P值 | cm |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

3.2系统发育

|  |
| --- |
| 一般检查：心率 次/分 血压 mmHg |
| 精神： | 面容： | 皮肤： | 毛发： | 浅表淋巴结： | 鼻： |
| 眼：视力 （左/右） | 耳：听力 （左/右） | 口腔： 龋齿： |
| 心（听诊）： | 肺（听诊）： | 腹： 肝肋下： 脾肋下： |
| 外生殖器： | 骨骼： | 神经系统： 肌张力： 其他： |
| 特殊体征： |

3.3伴发疾病

|  |
| --- |
| □无□癫痫 □心脏病 □哮喘 □高血压 □糖尿病 □肾脏病 □肝病□食物过敏 □药物过敏 □其他  |

3.4实验室检查

|  |  |
| --- | --- |
| 血常规 | □未查 □ 无异常 □异常  |
| 尿常规 | □未查 □ 无异常 □异常  |
| **肝功能** | □**谷丙转氨酶** □**胆红素**  |
| 其他EEG | □未查□未查 □ 无异常 □异常  |
| 备注 |  |

**肝功能是必查项目。**

四、营养疾病情况

|  |
| --- |
| □无□贫血 □营养不良 □超重/肥胖 □偏食或挑食 □厌食或拒食 □异食 □其他 |

评估者: 评估日期: 年 月 日

五、检查报告粘贴处

|  |
| --- |
| 建议粘贴顺序（血常规、尿常规、其他实验室检查、残疾诊断报告） |

六、专家组建议

|  |
| --- |
| （一）智商测试结果（二）医疗、康复建议（二）教育安置建议 |

专家签名：

 评估日期： 年 月 日