附件3

中山市残疾人辅助器具适配评估意见表

评估机构名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 残疾人证号或残疾军人证号 |  |
| 家庭住址 |  | 监护人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 | 一级□ 二级□ 三级□ 四级□  |
| 身体功能状况 | 评估情况 |
| 肢体 |  |
| 视力 |  |
| 听力 |  |
| 其它 |  |
| 辅助器具适配建议 |  |
| 备注 |  |
| 评估人签名： 评估机构：（盖章） 年 月 日 |