附件2

**上海市阳光宝宝卡康复需求评估表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请对象姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  年 月 日 |
| 监护人 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 申请评估理由 |  |
| 评估医疗机构 |  |
| 病史及检查情况（后附该儿童相关诊断书、医学影像诊断书或智力发育情况报告书等）： 年 月 日 |
| 医疗机构评估意见 | 诊断结论与建议：  （可另附页）  □建议 类康复训练□无需 类康复训练  （单位公章） 评估人员签名： 年 月 日（注：康复训练类别分为视力、听力、言语、肢体、肢体（脑瘫）、智力、孤独症，由评估医生根据儿童实际情况填写） |

注：本表由康复需求评估机构负责出具，作为申请、变更本市“阳光宝宝卡”的必备资料之一。

**上海市阳光宝宝卡康复需求评估机构**

一、视力

上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心、复旦大学附属眼耳鼻喉科医院、上海市眼病防治中心、上海交通大学附属上海市儿童医院、上海交通大学医学院附属新华医院、上海市养志康复医院（上海市阳光康复中心）

二、听力、言语

上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心（上海市儿童听力障碍诊治中心）、复旦大学附属儿科医院（上海市儿童听力障碍诊治中心）、上海交通大学医学院附属新华医院（上海市儿童听力障碍诊治中心）、上海交通大学附属上海市儿童医院（上海市儿童听力障碍诊治中心）、上海交通大学医学院附属第九人民医院（上海市儿童听力障碍诊治中心）、复旦大学附属眼耳鼻喉科医院、上海市养志康复医院（上海市阳光康复中心）

三、肢体、肢体（脑瘫）

上海交通大学医学院医学院附属上海儿童医学中心、复旦大学附属儿科医院、上海交通大学附属上海市儿童医院、上海交通大学医学院附属新华医院、上海市养志康复医院（上海市阳光康复中心）

四、智力

上海交通大学医学院附属新华医院、上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心、复旦大学附属儿科医院、上海交通大学附属上海市儿童医院、上海市养志康复医院（上海市阳光康复中心）

五、孤独症

上海市精神卫生中心、复旦大学附属儿科医院、上海交通大学附属上海市儿童医院、上海交通大学医学院附属新华医院

以上康复需求评估机构由市残联会同市卫生行政管理部门适时调整发布。