

附件

威海市特殊儿童入学健康评估表

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	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 腭裂 <input type="checkbox"/> 唇裂 <input type="checkbox"/> 唇裂合并腭裂 <input type="checkbox"/> 小耳（包括无耳） <input type="checkbox"/> 外耳其他畸形 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
2.2 神经系统	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 脊柱裂 <input type="checkbox"/> 先天性脑积水 <input type="checkbox"/> 唐氏综合症 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
2.3 循环系统	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 先天性心脏病 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
2.4 消化系统	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 食道闭锁或狭窄 <input type="checkbox"/> 直肠肛门闭锁或狭窄（包括无肛） <input type="checkbox"/> 先天性膈疝 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
2.5 泌尿生殖系统	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 尿道下裂 <input type="checkbox"/> 膀胱外翻 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
2.6 骨骼肌肉系统	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 多指（趾） <input type="checkbox"/> 并指（趾） <input type="checkbox"/> 肢体缺短[包括缺指、裂手（足）] <input type="checkbox"/> 其他 _____	
2.7 遗传代谢障碍	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 先天性甲状腺功能低下（CH） <input type="checkbox"/> 苯丙酮尿症（PKU） <input type="checkbox"/> 先天性肾上腺皮质增生症（CAH） <input type="checkbox"/> 葡萄糖 6-磷酸脱氢酶缺陷症（G-6-PD）	
2.8 其他缺陷畸形	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 无
<input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肾脏病
<input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 肺结核
<input type="checkbox"/> 食物过敏 _____ <input type="checkbox"/> 药物过敏 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____

3.4 实验室检查

血常规	<input type="checkbox"/> 未查 <input type="checkbox"/> 无异常 <input type="checkbox"/> 异常 _____
尿常规	<input type="checkbox"/> 未查 <input type="checkbox"/> 无异常 <input type="checkbox"/> 异常 _____
其他	<input type="checkbox"/> 未查
EEG	<input type="checkbox"/> 未查 <input type="checkbox"/> 无异常 <input type="checkbox"/> 异常 _____
备注	

四、营养疾病情况

<input type="checkbox"/> 无
<input type="checkbox"/> 贫血 <input type="checkbox"/> 营养不良 <input type="checkbox"/> 超重/肥胖 <input type="checkbox"/> 偏食或挑食 <input type="checkbox"/> 厌食或拒食 <input type="checkbox"/> 异食 <input type="checkbox"/> 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) 医疗、康复建议

(二) 教育安置建议

专家签名：

评估日期： 年 月 日