

附件 1

残疾儿童康复救助定点诊断机构准入标准 (暂行)

各市、县级残联可以会同本地卫生健康部门结合本地实际，制定详细的残疾儿童康复救助定点诊断机构准入标准。在未制定相关标准前，下述机构原则上可认定为本地残疾儿童定点诊断机构。

具有二级甲等以上资质的省、市、县级人民医院、中医医院、妇幼保健院、儿童医院等公立医疗卫生机构，具备相应的科室和人员，能够开展相应的业务，诊断负责人为相关领域具有高级技术职称的执业医师。

附件 2

残疾人精准康复评估机构准入标准 (暂行)

各市、县级残联可以会同本地卫生健康或教育部门结合本地实际，制定详细的残疾人精准康复评估机构准入标准。在未制定相关标准前，下述机构原则上可认定为本地精准康复评估机构，承担本地康复评估任务。

一、一级康复评估机构

(一) 县(市、区)级人民医院、中医医院、妇幼保健院、社区卫生服务中心、乡镇卫生院等一级以上医疗卫生机构，具有相关资质，能够开展相应的残疾人康复评估业务的。

(二) 残联系统具有相关资质的康复中心，能够开展相应的残疾人康复评估业务的。

(三) 特殊学校、特教幼儿园等具有相关资质的教育机构，能够开展相应的残疾人康复评估业务的。

二、二级康复评估机构

(一) 省或市级人民医院、中医医院、妇幼保健院、儿童医院，其它三级以上综合医院等医疗机构，具有相关资质，能够开展相应的残疾人康复评估业务的。

(二) 省或市残联康复中心，具有相关资质，能够开展相应的残疾人康复评估业务的。

附件 3

山东省承担残疾人康复 服务机构申请书

申请单位： (章)

法定代表人或主要负责人：

机构登记号：

医疗机构代码：

申请日期： 年 月 日

审核确定文号： 字 () 第 号

山东省残疾人联合会印制

机构简况

机构名称:	开业日期: 年 月				
机构登记号:					
医疗机构代码 (医疗机构填写):					
机构性质: <input type="checkbox"/> 公办 (<input type="checkbox"/> 残联 <input type="checkbox"/> 卫生 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 其它 _____) <input type="checkbox"/> 非公办 (<input type="checkbox"/> 民办公助 <input type="checkbox"/> 民办非企业类 <input type="checkbox"/> 社会组织 <input type="checkbox"/> 民办 <input type="checkbox"/> 工商类 <input type="checkbox"/> 其它 _____)					
主管单位名称:					
服务残疾人对象 (1) 本县(市、区) (2) 全市 (3) 全省 (4) 全省+省外人员 ()					
机构地址:					
行政区划:		邮政编码:			
联系人:		电话:	传真:		
法定 代表 人	姓名: 性别:		主要 负责 人	姓名: 性别:	
	出生年月: 专业:			出生年月: 专业:	
	职务: 职称:			职务: 职称:	
	最高学历:			最高学历:	
	身份证号码:			身份证号码:	
	占地 面积	建筑 面积		建筑面积中 业务用房面积	户外活动 场所面积
资金总计:	万元	固定资金:	万元	流动资金:	万元
服务方式: <input type="checkbox"/> 机构内康复训练 <input type="checkbox"/> 上门提供服务 <input type="checkbox"/> 指导在社区家庭康复 <input type="checkbox"/> 其它					
备注:					

康复服务项目申报表

请在□中划“√”

序号	服务项目	备注	序号	服务项目	备注
□1.	视力残疾		□4.	智力残疾	
□1.1	盲人		□4.1	儿童	
□1.1.1	白内障复明手术		□4.1.1	认知及适应训练	
□1.1.2	辅助器具适配及服务		□4.1.2	支持性服务	
□1.1.3	定向行走及适应训练		□4.2	成人	
□1.1.4	支持性服务		□4.2.1	认知及适应训练	
□1.2	低视力者		□4.2.2	支持性服务	
□1.2.1	辅助器具适配及服务		□5.	精神残疾	
□1.2.2	视功能训练		□5.1	孤独症儿童	
□1.2.3	支持性服务		□5.1.1	沟通及适应训练	
□2.	听力残疾		□5.1.2	支持性服务	
□2.1	儿童		□5.2	成年精神残疾人	
□2.1.1	人工耳蜗植入手术及服务		□5.2.1	精神疾病治疗	
□2.1.2	助听器适配及服务		□5.2.2	精神障碍作业疗法训练	
□2.1.3	听觉言语功能训练		□5.2.3	支持性服务	
□2.1.4	支持性服务				
□2.2	成人				
□2.2.1	助听器适配及适应训练				
□2.2.2	支持性服务				
□3.	肢体残疾				
□3.1	儿童				
□3.1.1	矫治手术				
□3.1.2	辅助器具适配及服务				
□3.1.3	运动及适应训练				
□3.1.4	支持性服务				
□3.2	成人				
□3.2.1	辅助器具适配及服务				
□3.2.2	康复治疗及训练				
□3.2.3	支持性服务				

人员情况统计表

职工总数:		其中卫生技术人员数:	教师人员数:	其他技术人员数:	后勤人员数:	
康复医师 (西医)	主任西医师	副主任西医师	主治西医师	住院西医师	助理医师	
康复医师 (中医)	主任中医师	副主任中医师	主治中医师	住院中医师	助理医师	
康复教师	正高	副高	中级	助教	员级	
康复治疗 卫生部门 发证技师	主任技师	副主任技师	主管技师	技师	技士	
康复治疗 人社部门 发证技师	主任护师	副主任护师	主管护师	护师	护士	
管理人员	高级职称	中级职称	初级职称			
工程技术 人员	高级工程师	工程师	助理工程师	技术员		
财会人员	高级会计师	会计师	助理会计师	会计员		
其他人员						

注: 卫生技术人员包含康复医师、卫生健康部门发证的康复技师和护理人员。

康复有关设施设备统计表

	名 称	数 量	名 称	数 量
大 型 设 施 设 备				
普 通 设 备				

注：普通设备栏如不够，请自行另附页。

普通设备附页

普通设备名称	数量	普通设备名称	数量

提交文件、证件和主管部门审查意见

申请 服务 资质 提交 的文 件、 证件	
机构 上级 主管 部门 签署 意见	年 月 日 (章)

审查部门、领导意见核批

审查人员 意见	签字:	年	月	日
康复部负责人 意见	签字:	年	月	日
分管副理事长 意见	签字:	年	月	日
市、县级残联 理事长 意见	签字:	年	月	日

服务机构确认事项

服务机构名称:

地址:	邮编:		
法定代表人(主要负责人):	所有制形式:		
注册资金(资金):	职工人数:		
服务对象:	服务方式:		
占地面积:	平方米	建筑面积:	平方米

服务项目:

其它事项:
