浙江省残疾儿童康复服务记录表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | □男□女 | 出生时间 | 年 月 日 | 民族 |  |
| 公民身份号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 残疾人证末2位(选填) |  |  |
| 监护人姓名 |  | 与儿童关系 |  |
| 监护人联系方式 | 手机： 座机： |
| 康复机构 |  省(市) 市 县（市、区） 机构 |
| 服务形式 | □全日制□非全日制 | 康复类别 | □视力 □听力 □言语□肢体 □智力 □孤独症 | 服务时间 | 年 月 日至年 月 日  |
| 日 期 | 康复训练或治疗主要内容 | 训练时长 | 康复师签字 | 监护人签字 |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
|  年 月 |  |  小时 分钟 |  |  |
| 康复机构盖章 |  | 机构工作人员签字： |

此模板为服务对象每个月的服务记录，供参考。