

工伤职工康复评定表

姓名		身份证号号码		评价时间	
用人单位				联系方式	
评定项目					
生命体征	血压: ___/___ mmHg 脉搏: ___次/分				
ROM 评价	上肢: 肩 ()、肘 ()、腕 ()、指关节 ()				
	下肢: 髋 ()、膝 ()、踝 ()				
MMT 评价	上肢: 近端 ()、远端 () 下肢:				
肌张力	上肢: () 下肢: ()				
平衡功能					
Barthel 指数	大便 (0 5 10)、小便 (0 5 10)、修饰 (0 5)、用厕 (0 5 10)				
	吃饭 (0 5 10)、穿衣 (0 5 10)、行走 (0 5 10 15) 洗澡 (0 5)、上下楼梯 (0 5 10)、转移 (0 5 10 15)				
	总分: 极严重功能缺陷 (0-20) <input type="checkbox"/> 严重功能缺陷 (25-45) <input type="checkbox"/> 中度功能缺陷 (50-70) <input type="checkbox"/> 轻度功能缺陷 (75-95) <input type="checkbox"/> 自理 (100) <input type="checkbox"/>				
运动协调性	正常 () 稍差 () 极差 ()				
步态分析					
布氏分期	上肢: () 下肢: () 手: ()				
认知	注意力: 正常 () 稍差 () 极差 ()				
	记忆力: 正常 () 稍差 () 极差 ()				
	理解力: 正常 () 稍差 () 极差 ()				
感觉	浅感觉: 正常 () 稍差 () 极差 ()				
	深感觉: 正常 () 稍差 () 极差 ()				
	复合感觉: 正常 () 稍差 () 极差 ()				
心肺功能	正常 () 稍差 () 极差 ()				
言语	失语症 () 构音障碍 () 言语失用 ()				
	语言发育迟缓 () 口吃 () 嗓音障碍 ()				
吞咽	分期: 口腔准备期 () 口腔期 () 咽期 () 食管期 ()				
	分级: 正常 () 轻度 () 中度 () 重度 ()				
小结					
治疗方案					
劳动能力 鉴定专家 意见	<input type="checkbox"/> 不需工伤康复或延长工伤康复。 <input type="checkbox"/> 同意住院康复, 康复期___天。 <input type="checkbox"/> 同意延长住院康复, 康复期___天。				
专家组签字	专家 1: _____; 专家 2: _____; 专家 3: _____; 专家 4: _____; 专家 5: _____。				

(此评定表一式三份, 经办机构、劳动能力鉴定委员会、工伤保险定点康复医疗机构各一份)