**中华人民共和国残疾评定表（一）**

|  |
| --- |
| 贴照片处（2寸近照） |

湖南省永兴县

申请人姓名：

申请人身份证：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 残疾类别 | 残疾等级 | 致残主要原因（不超过两项） |
| 1、视力 残疾 | 1、一级2、二级3、三级4、四级 | 1、遗传、先天异常或发育障碍 5、角膜病 9、弱视 13、原因不明2、白内障 6、视神经病变 10、外伤3、青光眼 7、视网膜、色素膜病变 11、中毒4、沙眼 8、屈光不正 12、其他 |
| 矫正视力：右眼 左眼 视野：右眼 左眼  |
| 2、听力 残疾 | 1、一级2、二级3、三级4、四级 | 1、遗传 5、全身性疾病 9、新生儿窒息 13、噪声和爆震2、母孕期病毒感染 6、中耳炎 10、高胆红素血症 14、其他3、传染性疾病 7、老年性耳聋 11、药物中毒 15、原因不明4、自身免疫缺陷性疾病 8、早产和低体重 12、创伤或意外伤害 |
| 测试耳 | 0.5 | 1.0 | 2.0 | 4.0 | KHZ | 平均听力损失： 1、>90 dB HL 2、>80 dB HL 3、>60dB HL4、>40dB HL 5、待诊伴随言语能力情况： 1、无听觉言语功能 2、基本无听觉言语功能3、听觉言语交流障碍 4、有一定的听觉言语功能 |
| 右耳 |  |  |  |  | dBHL |
| 左耳 |  |  |  |  | dBHL |
| 本底噪音： dB(A) |
| 3、言语 残疾 | 1、一级2、二级3、三级4、四级 | 1、唐氏综合症 7、脑梗死 13、帕金森氏病 19、癫痫2、脑性瘫痪 8、脑出血 14、多发性硬化 20、CO中毒3、新生儿病理性黄疸 9、脑炎 15、脊髓侧索硬化 21、其他4、早产、低体重和过期产 10、脑囊虫病 16、脑外伤 22、原因不明5、腭裂 11、喉、舌疾病术后 17、产伤6、智力低下 12、听力障碍 18、孤独症 |
| 障碍类型：1. 失语 2、运动性构音障碍 3、器官结构异常所致的构音障碍 4、发声障碍 5、儿童言语发育迟滞

6、听力障碍所致的语言障碍 7、口吃语音清晰度：1、≤10% 2、≤25% 3、≤45% 4、≤65%言语能力：1、不会说话或虽能说，说不出 2、只会说几个单词或连贯说话很困难3、只会讲少数短句短语或连贯说话困难 4、初步对话，词少，不流畅 5、基本上能交谈，不太清楚 6、说话正常，声调尚佳 7、其他 |
| 指定医院评定结果 | 评定意见：残疾类别：残疾等级：评定医师： 医院公章年 月 日 |
| 办证厅主任初审意见 | 初审意见：认定为 残疾 级初审人：  年 月 日 |
| 分管领导审核意见 | 审核意见：审核人：盖章年 月 日 | 理事长审批意见 | 审核意见：审核人：盖章年 月 日 |
| 备注 |  |