**济医保字〔2024〕17号**

**关于做好长期护理保险失能等级**

**评估工作的通知**

**各县（市、区）医疗保障局，济宁高新区人力资源部、太白湖新区社会保障事业服务中心、济宁经济开发区人力资源部，兖矿能源集团股份有限公司人力资源服务中心，市局机关各科室、直属单位：**

**为做好我市长期护理保险（以下简称长护险）失能等级评估工作，保障失能、半失能参保人员的基本护理需求，根据《国家医保局办公室民政部办公厅关于印发<长期护理失能等级评估标准（试行）>的通知》（医保办发〔2021〕37号） 、《国家医保局财政部关于印发《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》的通知》（医保发〔2023〕29号）、《济宁市长期护理保险实施办法》（济政办发 〔2023〕9号）有关规定，结合我市实际，现将长护险失能等级评估有关事宜通知如下。**

**一、基本原则**

**（一）以人为本。充分考虑参保人员的失能特征和护理服务需求，维护失能人员的尊严和提高失能人员的生存质量，构建与参保人员基本护理需求相适的失能等级评估体系。**

**（二）科学合理。根据长护险基金支撑能力、待遇水平及定点护理服务机构服务能力，科学制定符合我市实际的失能等级评估标准和长护险服务内容。**

**（三）公开公正。按照“评估有标准、行为有规范、运行有程序”的总体要求，公开评估标准、评估程序和评估结果，规范评估行为，确保失能等级评估工作的质量和效率。**

**（四）供需对应。探索建立与不同失能等级相适应的护理服务机制，统筹协调长护服务资源，加强居家护理、机构护理、医疗专护等服务类型之间的有机衔接，形成合理的失能等级保障梯度。**

**二、失能等级及评估标准**

**根据《国家医保局办公室民政部办公厅关于印发<长期护理失能等级评估标准（试行）>的通知》(医保办发〔2021〕37号) 要求，在全市范围内全面实施应用《长期护理失能等级评估标准（试行）》和《长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）》，执行国家统一的失能等级评估维度、评估指标、评估分值及失能等级确定办法，并出具失能等级评估结论。**

**三、评估程序**

**参保人员因年老、疾病、伤残等原因导致失能已达30天以上，且经医疗机构规范治疗，失能状态预期持续6个月以上，生活不能自理，病情基本稳定的，按如下程序申请长护险待遇：**

**（一）个人申请。参保人员需办理医疗专护、机构护理、居家护理的，由本人或其监护人、委托代理人携带相关病历材料、社会保障卡或身份证，向定点护理服务机构、医疗保障经办机构或委托经办机构提出申请，并填写《长期护理失能等级评估申请表》（附件1）和《长期护理等级自评表》（附件2）。**

**（二）机构初评。定点护理服务机构收到申请后，按规定安排医保医师对申请人的病情和自理情况进行初步审核，初步评估符合条件的，在收到申请后3个工作日内，通过医疗保障信息系统向所在地医疗保障经办机构（或委托经办机构）进行网上申请。**

**（三） 现场评估。医疗保障经办机构（或委托经办机构）在收到网上申请后3个工作日内，安排评估人员按照《长期护理失能等级评估表》（附件3）规定的相关项目进行现场评估，原则上应有至少2名评估人员上门，其中至少有1名评估专家。现场评估人员依据失能等级评估标准和评估操作指南，采集信息，开展评估并保存现场影像资料。须有至少1名评估对象的监护人或委托代理人在场。**

**同时，可在邻里、社区等一定范围内走访调查评估对象的基本生活自理情况，做好调查笔录和视频录像，并参考医院住院病历或诊断书等相关资料，作为提出评估结论的佐证资料。**

**条件成熟后，逐步过渡到由医疗保障经办机构授权的第三方评估机构进行评估。**

**（四）结论公示及送达。现场评估结束后，现场评估人员可直接提出评估结论的，由现场评估人员提出评估结论。现场评估人员不能直接提出评估结论的，由定点评估机构组织评估专家依据现场采集信息，提出评估结论。评估结论应经过至少2名评估专家的评估确认，按照《长期护理综合失能等级划分表》（附件4）划定失能等级。评估结论达到待遇享受条件对应失能等级的应进行社会公示，公示期不少于5天。不符合待遇享受条件的或经公示无异议的，应于2个工作日内将评估结论书将送达申请人，并上传至医疗保障信息系统。公示期满次日为核准建床的起始日期，有效期为2年。定点护理服务机构为申请长期医疗护理的参保人员建床后，要及时进行身份识别、指纹对比和联网登记工作。**

**（五）复评。评估对象或其监护人、委托代理人对评估结论有异议的，可以自收到评估结论之日起10个工作日内，向医疗保障经办机构（或委托经办机构）提出复评申请，医疗保障经办机构（或委托经办机构）应当予以书面解释，必要时由医疗保障经办机构（或委托经办机构）组织复评，复评原则上有不少于2名评估专家参加，参加初次评估的评估机构和评估人员须回避。复评结论为最终评估结论。**

**第三人对公示评估结论有异议的，可在公示期内向统筹地区医疗保障经办机构（或委托经办机构）实名反映情况。反映情况基本属实的，统筹地区医疗保障经办机构（或委托经办机构）组织复评。**

**（六）其他评估情形。参保人失能状态发生变化、与评估结论不匹配，评估结论出具满6个月的，可向统筹地区医疗保障经办机构（或委托经办机构）申请重新评估。统筹地区医疗保障行政部门、经办机构（或委托经办机构）通过监督检查、审核稽核、投诉举报等途径，发现参保人当前失能状态发生变化、可能影响待遇享受的，统筹地区医疗保障经办机构（或委托经办机构）应当组织重新评估。**

**评估有效期届满前，统筹地区医疗保障经办机构（或委托经办机构）应组织对需继续享受长护险待遇的参保人进行重新评估。经评估符合待遇享受条件的，有效期届满后重新计算。**

**（七）评估终止。评估对象或其监护人、委托代理人应当积极配合开展现场评估工作。有下列情形之一的，评估终止：**

**1、拒不接受失能等级评估信息采集的；**

**2、无正当理由不配合失能等级评估的；**

**3、其他原因导致失能等级评估终止的。**

**四、护理服务类型及服务内容**

**长护险分为医疗专护、机构护理、居家护理三种护理服务类型。**

**（一）医疗专护是指定点医疗机构设置医疗专护病房，为参保人员长期提供24小时连续医疗护理服务和基本生活照料服务。**

**（二）机构护理是指定点养老机构为参保人员长期提供24小时连续医疗护理服务和基本生活照料服务。**

**（三）居家护理是指定点护理服务机构安排医护人员到参保人员家中提供医疗护理服务和基本生活照料服务。**

**不同失能等级，选择相应的服务类型：失能等级为2级（中度失能）的，可申请居家护理，申请机构护理或医疗专护的，按居家护理的标准进行结算；失能等级为3级（重度失能Ⅰ级）的，可申请居家护理或机构护理，申请医疗专护的，按机构护理的标准进行结算；失能等级为4级（重度失能Ⅱ级）或5级（重度失能Ⅲ级），可申请居家护理或机构护理或医疗专护。**

**医疗专护及机构护理，定点护理服务机构需根据失能人员需求为其提供24小时连续基本生活照料服务及医疗护理服务。**

**居家护理，定点护理服务机构需提供每次不低于１小时的基本生活照料服务及医疗护理服务。依据参保人员失能等级享受相应的居家护理服务频次：失能等级为2级（中度失能）的，每周可享受2次上门护理服务；失能等级为3级（重度失能Ⅰ级）的，每周可享受3次上门护理服务；失能等级为4级（重度失能Ⅱ级）或5级（重度失能Ⅲ级）的，每周可享受5次上门护理服务。护理员每次上门护理时应填写《济宁市长期护理保险护理员服务项目表》（附件5），由护理员和参保人员或家属（监护人）分别签字确认。**

**享受机构护理或居家护理的失能人员须由医保医师和执业护士共同管理，合理安排巡诊服务，每次巡诊应填写《济宁市长期护理保险巡诊表》（附件6），由巡诊人员和参保人员或家属（监护人）分别签字确认。医保医师每月巡诊不少于1次，执业护士巡诊依据参保人员失能等级享受相应的巡诊频次：失能等级为2级（中度失能）的，每月巡诊一次；失能等级为3级（重度失能Ⅰ级）的，每两周巡诊一次；失能等级为4级（重度失能Ⅱ级）或5级（重度失能Ⅲ级）的，每周巡诊一次。康复治疗师（士）、养老护理员和健康照护师 (长期照护师)根据参保人员病情和需要提供相应服务。**

**五、监督管理**

**失能等级评估工作关系到长护险基金安全和失能人员的切身利益，是长护险工作开展的关键环节。各级医疗保障部门要提高认识，加强宣传，正确引导社会舆论，为长护险工作的平稳运行构建良好的社会氛围；要加强对失能等级评估工作的监督检查，建立举报投诉、信息披露、内部控制、欺诈防范等风险管理制度，对提供虚假材料、出具虚假鉴定意见等不良行为予以查处。各级医疗保障经办机构要明确评估标准，优化评估流程，原则上评估结论书应在申请受理之日起30个工作日内送达；注重创新服务机制，建立完善长护需求认定和等级评估标准体系，确保失能等级评估工作逐步走向规范化、制度化轨道。评估机构要畅通服务渠道，提升服务水平，为失能人员提供优质便捷的服务；要加强对失能等级评估指南的学习，严把评估质量，按照评估标准出具客观公正的评估意见；要规范评估程序，及时为失能人员进行现场评估。参保人员或其监护人、委托代理人申请长护险待遇应当按照规定如实提供有关材料，并积极配合评估机构和医疗保障经办机构做好现场审核工作；不得隐瞒真实情况、伪造变造病史，如发现违规行为，应追回其违规的护理费用，情节严重的，终止其长护险遇资格。**

**本通知自2024年6月10日起施行。**

**附件：1.《长期护理失能等级评估申请表》**

**2.《长期护理等级自评表》**

**3.《长期护理失能等级评估表》**

**4.《长期护理综合失能等级划分表》**

**5.《济宁市长期护理保险护理员服务项目表》**

**6.《济宁市长期护理保险巡诊表》**

 **济宁市医疗保障局**

 **2024年6月5日**

**附件1**

**表 A 长期护理失能等级评估申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估对象基本信息 | 姓 名 |   | 身份证号 |   |
| 性 别 |   | 年 龄 |   |
| 民 族 |   | 参 保 地 |   |
| 工作单位 |   |
| 申请类别 | □居家护理(□居家 □上门服务 □非定点养老机构)□机构护理□医疗专护 |
| 申请定点护理服务机构 |   |
| 失能时间(月) |   | 是否经过康复治疗 | □是， 治疗月数\_\_\_\_\_\_月□否 |
| 是否首次申请 |  □是 □否 | 联系电话 |   |
| 参保人社保卡 | 开户行 |   | 卡 号 |   |
| 保障方式 | □职工基本医疗保险 □城乡居民基本医疗保险 □特困供养□最低生活保障 □其他: |
| 文化程度 | □文盲 □小学 □中学 (含中专) □大学(含大专)及以上 |
| 居住状况 | □独居 □与配偶/伴侣居住 □与子女居住 □与父母居住□与兄弟姐妹居住 □与其他亲属居住□与非亲属关系的人居住 □养老机构 □医院 |
| 居住地址 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_\_\_区/县\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道/乡(村)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 照 护 者 | 当需要帮助时(包括患病时)， 谁能来照料：□配偶 □子女 □亲友 □保姆 □护工□医疗人员 □没有任何人 □其他: |
| 申请人相关信息 |  姓 名 |   | 与评估对象关系 | □配偶 □子女 □其他亲属□雇佣照护者 □本人 □其他 |
| 联系电话 |   | 身份证号 |   |
| 联系地址 | \_\_\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_\_\_\_区/县\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道/乡(村)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请原因：申请人签字：年 月 日 |
| 医护专家鉴定意见：专家签字：年 月 日 |
| 承诺事项 | 参保人未有工伤保险、第三方支付相关医护费用；以上情况和所提供材料均真实有效， 且同意将评估结果在一定范围内公示。如有不实， 本人愿意承担相应法律责任。申请人(签字)：年月日 |
| 经办机构(含受托第三方)受理事项 |   |

**温馨提示：请提前准备好与病情相关的近期病历复印件，上门鉴定时用，并带回存档。**

**经办人签字： 审核人签字：**

**附件2**

**表 B 长期护理失能等级自评表**

参保人姓名： 身份证号码： 自评日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 独立(2) | 部分独立(1)(需要帮助) | 依赖(0) | 选项 |
| 进食 | 独立无须帮助 | 部分独立自己能吃， 但需辅助 | 不能独立完成部分或全部靠喂食或鼻饲 |   |
| 穿衣 | 独立， 无须帮助能独立拿取衣服， 穿上并扣好 | 部分独立能独立拿取衣服及穿上， 需帮助系鞋带 | 不能独立完成完全不能穿， 要靠他人拿衣穿衣或自己穿上部分 |   |
| 大小便控制 | 独立自己能够完全控制 | 部分独立偶尔失控 | 不能自控失控， 需帮助处理大小便(如导尿、灌肠等) |   |
| 用厕 | 独立， 无须帮助能独立用厕、便后拭净及整理衣裤(可用手杖、助步器或轮椅， 能处理尿壶、便盆) | 不能独立完成需要帮助用厕、做便后处理(清洁、整理衣裤)及处理尿壶、便盆 | 不能独立完成不能用厕 |   |
| 洗澡 | 独立，无须帮助自己能进出浴室(淋浴、盆浴)， 独立洗澡 | 部分独立需帮助洗一部分(背部或腿) | 不能独立完成不能洗澡或大部分需帮助洗 |   |
| 床椅转移 | 独立， 无须帮助自己能下床， 坐上及离开椅、凳(可用手杖或助步器) | 不能独立完成需帮助上、下床椅 | 不能独立完成卧床不起 |   |
| 综合 | 自评失能等级为： \_\_\_\_\_\_\_级 |
| 说明 | 进食、大小便控制、洗澡为a类， 穿衣、用厕、床椅转移为b类。 |
| A级： a类b类所有项目均独立；B级: a类1 项或b类1—2项依赖;C级： a类b类各1项或b类3项依赖；D级: a类2项或a类1项b类2项依赖;E级： a类3项依赖或a类2项b类1—2项依赖或a类1项b类3项依赖；F级: a类3项b类1—2项依赖或a类2项b类3项依赖;G级： a类b类所有项目均依赖。 |
| 此表由评估对象或其监护人、代理人自行评估， 当等级达到 E 级、F 级、G级时方可申请长期护理失能等级评估。 |

**附件3**

**表 C 长期护理失能等级评估表**

**表 C1 日常生活活动能力评估表**

参保人姓名： 身份证号码： 评估日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指标 | 分值 | 评估标准 | 得分 |
| 1 | 进食 | 0 | 较大或完全依赖， 或有留置营养管 |   |
| 5 | 需部分帮助(夹菜、盛饭) |   |
| 10 | 自理(在合理时间内能独立使用餐具进食各种食物，可使用辅助工具独立完成进食， 但不包括做饭) |   |
| 2 | 穿衣 | 0 | 依赖他人 |   |
| 5 | 需要部分帮助(能自己穿脱衣服或假肢或矫形器， 但需他人帮助整理衣物、系扣/鞋带、拉拉链等) |   |
| 10 | 自理(自己系开纽扣， 关开拉链和穿鞋、袜、假肢或矫形器等) |   |
| 3 | 面部与口腔清洁 | 0 | 需要帮助 |   |
| 5 | 独立洗脸、梳头、刷牙、剃须(不包括准备洗脸水、梳子、牙刷等准备工作) |   |
| 4 | 大便控制 | 0 | 失禁(平均每周≥1次或完全不能控制大便排泄， 需要完全依赖他人) |   |
| 5 | 偶有失禁(每周<1 次)， 或需要他人提示或便秘需要人工帮助取便 |   |
| 10 | 能控制 |   |
| 5 | 小便控制 | 0 | 失禁(平均每天 1 次或经常尿失禁， 完全需要他人帮忙完成排尿行为； 或留置导尿管， 但无法自行管理导尿管) |   |
| 5 | 偶有失禁(每24h<1次， 但每周>1次)， 或需要他人提示 |   |
| 10 | 能控制(或留置导尿管， 可自行管理) |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指标 | 分值 | 评估标准 | 得分 |
| 6 | 用厕 | 0 | 需要极大地帮助或完全依赖他人 |   |
| 5 | 需部分帮助(需他人帮忙整理衣裤、坐上/蹲上便器等) |   |
| 10 | 自理(能够使用厕纸、穿脱裤子等) |   |
| 7 | 平地行走 | 0 | 卧床不起、不能步行、移动需要完全帮助 |   |
| 5 | 在较大程度上依赖他人搀扶(≥2 人) 或依赖他人帮助使用轮椅等辅助工具才能移动 |   |
| 10 | 需少量帮助(需1 人搀扶或需他人在旁提示或在他人帮助下使用辅助工具) |   |
| 15 | 独立步行(自行使用辅助工具，在家及附近等日常生活活动范围内独立步行) |   |
| 8 | 床椅转移 | 0 | 完全依赖他人， 不能坐 |   |
| 5 | 需大量帮助(至少2人， 身体帮助)， 能坐 |   |
| 10 | 需少量帮助(1 人搀扶或使用拐杖等辅助工具或扶着墙、周围设施， 转移时需他人在旁监护、提示) |   |
| 15 | 自理 |   |
| 9 | 上下楼 | 0 | 不能， 或需极大帮助或完全依赖他人 |   |
| 5 | 需要部分帮助(需扶着楼梯、他人搀扶、使用拐杖或需他人) |   |
| 10 | 独立上下楼(可借助电梯等， 如果使用支具， 需可独自完成穿、脱动作) |   |
| 10 | 洗澡 | 0 | 洗澡过程中需他人帮助 |   |
| 5 | 准备好洗澡水后， 可自己独立完成 |   |
| 上述评估指标总分为100分， 本次评估得分为\_\_\_\_\_\_\_分。 |
| 评估专家(签字) ： 评估人员(签字)： |

**表 C2认知能力评估表**

 参保人姓名： 身份证号码： 评估日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指标 | 分值 | 评估标准 | 得分 |
| 11 | 时间定向 | 0 | 无时间观念 |   |
| 1 | 时间观念很差， 年、月、日不清楚， 可知上午、下午或白天、夜间 |   |
| 2 | 时间观念较差， 年、月、日不清楚， 可知上半年或下半年或季节 |   |
| 3 | 时间观念有些下降，年、月、日(或星期几)不能全部分清(相差两天或以上) |   |
| 4 | 时间观念(年、月)清楚， 日期(或星期几) 可相差一天 |   |
| 12 | 人物定向 | 0 | 不认识任何人(包括自己) |   |
| 1 | 只认识自己或极少数日常同住的亲人或照护者等 |   |
| 2 | 能认识一半日常同住的亲人或照护者等， 能称呼或知道关系等 |   |
| 3 | 能认识大部分共同生活居住的人， 能称呼或知道关系 |   |
| 4 | 认识长期共同一起生活的人， 能称呼并知道关系 |   |
| 13 | 空间定向 | 0 | 不能单独外出， 无空间观念 |   |
| 1 | 不能单独外出， 少量知道自己居住或生活所在地的地址 |   |
| 2 | 不能单独外出， 但知道较多有关自己日常生活的地址 |   |
| 3 | 不能单独外出， 但能准确知道自己日常生活所在地的地址 |   |
| 4 | 能在日常生活范围内单独外出， 如在日常居住小区内独自外出购物等 |   |
| 14 | 记忆力 | 0 | 完全不能回忆即时信息，并且完全不能对既往事物进行正确的回忆 |   |
| 1 | 对既往事物能有少部分正确的回忆， 没有近期记忆 |   |
| 2 | 能回忆大部分既往事物， 记住 1个词语 |   |
| 3 | 能回忆大部分既往事物， 记住2个词语 |   |
| 4 | 能回忆大部分既往事物， 记住3个词语 |   |
| 上述评估指标总分为16分， 本次评估得分为\_\_\_\_\_\_\_\_分。 |
| 评估专家(签字)： 评估人员(签字)： |

**表 C3 感知觉与沟通能力评估表**

参保人姓名： 身份证号码： 评估日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指标 | 分值 | 评估标准 | 得分 |
| 15 | 视力 | 0 | 完全失明 |   |
| 1 | 只能看到光、颜色和形状(大致轮廓) ， 眼睛可随物体移动 |   |
| 2 | 视力有限， 看不清报纸大标题， 但能辨认较大的物体 |   |
| 3 | 能看清楚大字体， 但看不清书报上的标准字体， 辨别小物体有一定困难 |   |
| 4 | 与日常生活能力相关的视力(如阅读书报、看电视等) 基本正常 |   |
| 16 | 听力 | 0 | 完全失聪 |   |
| 1 | 讲话者大声说话或说话很慢， 才能部分听见 |   |
| 2 | 正常交流有些困难， 需在安静的环境大声说话才能听到 |   |
| 3 | 在轻声说话或说话距离超过2米时听不清 |   |
| 4 | 与日常生活习惯相关的听力基本正常(如能听到门铃、电视、电话等声音) |   |
| 17 | 沟通能力 | 0 | 完全不能理解他人的言语， 也无法表达 |   |
| 1 | 不能完全理解他人的话， 只能以简单的单词或手势表达大概意愿 |   |
| 2 | 勉强可与他人交流， 谈吐内容不清楚， 需频繁重复或简化口头表达 |   |
| 3 | 能够表达自己的需要或理解他人的话， 但需要增加时间或给予帮助 |   |
| 4 | 无困难， 能与他人正常沟通和交流 |   |
| 上述评估指标总分为12分， 本次评估得分为\_\_\_\_\_\_\_\_\_分。 |
| 评估专家(签字)： 评估人员(签字)： |

附件4

表 D 长期护理综合失能等级划分表

参保人姓名： 身份证号码： 评估日期：

|  |
| --- |
| **长期护理失能等级评估指标得分及对应等级** |
| 一级指标 | 能力完好 | 轻度受损 | 中度受损 | 重度受损 |
| 日常生活活动能力 | 100分 | 65-95分 | 45-60分 | 0-40分 |
| 认知能力 | 16分 | 4-15分 | 2-3分 | 0-1分 |
| 感知觉与沟通能力 | 12分 | 4-11分 | 2-3分 | 0-1分 |
| 表C1失能等级表C2／表C3失能等级 | 表C2／表C3(以失能等级严重的判断) |
| 能力完好 | 轻度受损 | 中度受损 | 重度受损 |
| 能力完好 | 0级 | 0级 | 1级 | 1级 |
| 轻度受损 | 1级 | 1级 | 1级 | 2级 |
| 中度受损 | 2级 | 2级 | 2级 | 3级 |
| 重度受损 | 3级 | 3级 | 4级 | 5级 |
| **长期护理****失能等级对应** | 0级： 基本正常 1 级： 轻度失能2级： 中度失能 3级： 重度失能Ⅰ级4级: 重度失能 II级 5级: 重度失能 III级 |

评估专家(签字)： 评估人员(签字)：

附件5

济宁市长期护理保险护理员服务项目表

参保人姓名： 身份证号码：

起始时间： 护理类型：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 服务时间 | 服务项目 | 护理员签字 | 参保人员（家属、监护人）签字 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

备注：本表由护理员在上门服务时填写，并将经参保人员（或家属、监护人）签字确认后的内容录入医疗保障信息系统；"服务项目"栏填写上门护理实施的具体项目内容。

附件6

济宁市长期护理保险巡诊表

参保人姓名： 身份证号码：

起始时间： 护理类型：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 巡诊日期 | 巡诊医护服务项目 | 收费标准 | 巡诊人签字 | 参保人员(家属、监护人)签字 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

备注：本表由医护人员在上门巡诊服务时填写，并将经参保人员(或家属、监护人)签字确认后的内容录入医疗保障信息系统； “巡诊医护服务项目”栏填写上门巡诊实施的主要诊疗、药物及特殊检查、护理等项目内容； “收费标准”栏填写具体服务项目的收费标准。