

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。