

附件6

济宁市长期护理保险巡诊表

参保人姓名：
起始时间：

身份证号码：
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。