

附件 4

第七师胡杨河市长期护理保险服务记录单（样表）

服务编号：

服务机构：

服务类型：☐居家护理 ☐机构护理 ☐社区护理

参保人姓名		身份证号		失能等级	
联系电话		服务地址			
护理人员姓名		护理人员资质	☐ 长期照护师 ☐ 护士 ☐ 医生 ☐ 医疗护理员 ☐ 养老护理员 ☐ 其他		
床号	(机构护理类填写)				
服务记录栏					
服务日期					
服务开始时间					
服务结束时间					
时长（分钟）					
服务项目内容					
服务项目数合计					
异常情况说明：					
处理措施：					
处理时间：					
护理人员签字：					
参保人员（家属）签名：					