

奈良市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業 サービス提供実績報告書

サービス提供期間	年 月 日 から		年 月 日 まで			
ふりがな 利用者氏名	生年月日		年 月 日			
登録番号	サービス 総提供時間		時間			
日付	曜日	サービス提供時間 開始時刻 終了時刻	算定 時間数	利用者 確認印	事業者名・支援員名【印】	医療機関 確認印
サービス費		業務内容（該当する番号に○をつけてください。）				
	:	:		印	印	印
サービス金額		円	業務内容	1・2・3・4・5・6・7		印
	:	:		印	印	印
サービス金額		円	業務内容	1・2・3・4・5・6・7		印
	:	:		印	印	印
サービス金額		円	業務内容	1・2・3・4・5・6・7		印
	:	:		印	印	印
サービス金額		円	業務内容	1・2・3・4・5・6・7		印
	:	:		印	印	印
サービス金額		円	業務内容	1・2・3・4・5・6・7		印
	:	:		印	印	印
サービス金額		円	業務内容	1・2・3・4・5・6・7		印
	:	:		印	印	印
サービス金額		円	業務内容	1・2・3・4・5・6・7		印
	:	:		印	印	印
サービス金額		円	業務内容	1・2・3・4・5・6・7		印
計	:	円				

※「算定時間数」には、サービス提供した時間数を記入する。

- ・30分ごとに算定する。（14分以下は切り捨て、15分以上は切り上げ）
- ・1時間⇒1.0 1時間30分⇒1.5 2時間⇒2.0 2時間30分⇒2.5 3時間⇒3.0

枚中	枚目
----	----

## 入院時コミュニケーション支援事業 支援員の業務

入院時コミュニケーション支援の業務に含まれるもの
① 入院時の説明、聞き取りの際の意思疎通支援
② 病院スタッフによる治療計画・入院計画の説明の際の意思疎通支援
③ 診察・処置・検査・療養の説明、実施の際の意思疎通支援
④ 手術前後の説明、処置の際の意思疎通支援
⑤ リハビリの説明、実施の際の意思疎通支援
⑥ 退院後の治療・療養の説明の際の意思疎通支援
⑦ 医療費制度・福祉保健制度の相談・説明の際の意思疎通支援