

## 全身性障害者等入院時コミュニケーション支援事業実績報告書

登録番号		利用者氏名		事業者名 (法人名)	
医療機関名				事業所名	

(平成 年 月)

実施日 (曜日)	サービス提供時間		コミュニケーション支援員名	支援内容 (該当する番号に )	利用者 確認印
	開始時間	終了時間			
日 ( )	:	:		1・2・3・4 5・6・7	
日 ( )	:	:		1・2・3・4 5・6・7	
日 ( )	:	:		1・2・3・4 5・6・7	
日 ( )	:	:		1・2・3・4 5・6・7	
日 ( )	:	:		1・2・3・4 5・6・7	
日 ( )	:	:		1・2・3・4 5・6・7	
日 ( )	:	:		1・2・3・4 5・6・7	
日 ( )	:	:		1・2・3・4 5・6・7	
日 ( )	:	:		1・2・3・4 5・6・7	
合計	日				

	枚中			枚
--	----	--	--	---

### 「支援内容」欄の番号の説明

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

(様式H28.4~)