

(第9号様式)

横浜市重度障害者等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	令和元年5月24日から令和元年6月3日まで		
ふりがな 利用者氏名	よこはま 横浜 たらう 太郎	生年月日	昭和 ××年×月××日
登録番号	999999	サービス 総提供時間	6.5 時間

日付	曜日	サービス提供時間		算定 時間数	利用者 確認欄	事業者名・支援員名	医療機関 確認欄
		開始時刻	終了時刻				
業務内容 (該当する番号に○をつけてください。9「その他」の場合は具体的に記入してください。)							
5/24	金	10:00	14:00 <small>(内1時間対象外)</small>	3.0	横浜	〇〇ホーム 福祉 花子	△△病院
1	2・3・4・5・6・7・8・9 ( 制度対象外の時間が含まれている場合に記載してください。)						
5/26	日	11:00	12:00	1.0	横浜	〇〇ホーム 福祉 花子	△△病院
1	2 ( 裏面の支援員の業務から、該当する番号に○をつけてください。)						
5/29	水	17:00	17:30	0.5	横浜	〇〇ホーム 福祉 花子	△△病院
1	2・3 ( )						
5/31	金	10:00	10:30	0.5	横浜	〇〇ホーム 福祉 花子	△△病院
1	2・3 ( 1日に複数回支援に入る場合は、行を分けて記載してください。 なお、派遣手数料は1日分のみです。)						
5/31	金	15:30	17:00	1.5	横浜	〇〇ホーム 福祉 花子	△△病院
1	2・3・4・5・6 ( )						
1	2 ( 提供ごとに、利用者の確認を受けてください。 確認方法の一つとして押印でも差し支えありません。)						
1	2 ( 提供ごとに、医療機関の確認を受けてください。 医療従事者個人の記名でも可能です。確認方法 の一つとして、押印でも差し支えありません。)						
1	2 ( )						
1	2 ( )						
1	2 ( )						
1	2 ( )						

※「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

〔裏面〕

## 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
⑧ ①～⑦のコミュニケーション支援前後の準備、不安・緊張への対処
⑨ その他の意思疎通支援(具体的に記載)