附件4

区

镇街（地区）

村（居）委员会

看护管理记录手册

（样 式）

**年度**

**第（ ）周期**

社区个案管理小组成员名单及联系方式

1、镇街（地区）：

社区个案管理小组组长：

2、村（居）民委员会干部：

3、社区精防医生：

4、社区民警：

5、残联专干：

6、民政专干：

监护人看护管理情况日常记录表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 监护人姓名 | |  | | 性别 |  | | 出生年月 | |  | |
| 共同居住地住址 | |  | | | | | | | | |
| 与被监护人的关系 | |  | | | | | 联系电话 | |  | |
| 被监护人姓名 | |  | | 性别 |  | | 出生年月 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | |
| 精防档案编号 | |  | | | | | | | | |
| **每日情况：（由监护人填写）** | | | | | | | | | | |
| 日期 | 服药  情况 | 精神  状态 | 是否参加  社区康复活动 | | | 是否入住  福利机构 | | 是否发生  危险行为 | | 是否  住院治疗 |
| 月 日 |  |  |  | | |  | |  | |  |
| 月 日 |  |  |  | | |  | |  | |  |
| 月 日 |  |  |  | | |  | |  | |  |
| 月 日 |  |  |  | | |  | |  | |  |
| 月 日 |  |  |  | | |  | |  | |  |
| 月 日 |  |  |  | | |  | |  | |  |
| 月 日 |  |  |  | | |  | |  | |  |
| 月 日 |  |  |  | | |  | |  | |  |
| 月 日 |  |  |  | | |  | |  | |  |
| 月 日 |  |  |  | | |  | |  | |  |
| 月 日 |  |  |  | | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日期** | **服药**  **情况** | **精神**  **状态** | **是否参加**  **社区康复活动** | **是否入住**  **福利机构** | **是否发生**  **危险行为** | **是否**  **住院治疗** |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 月 日 |  |  |  |  |  |  |

看护管理履责情况审查与认定

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本周期内  看护管理  审查意见 | 1、监护人是否履行对患者的日常生活照料看管。 是/ 否 | 村（居）民委员会专员： |
| 1、有无肇事肇祸行为。 有/ 无   1. 有无失踪或下落不明。 有/ 无 | 社区民警： |
| 1. 是否申请免费服药或自购药品。   是/ 否  2、配合接受日常随访。 是/ 否  3、患者按时按量服药。 是/ 否  4、住院及相关情况 。 | 精防医生： |
| 1. 是否有流浪救助情况。 是/ 否 | 民政专干： |
| 1. 是否持有残疾证。 是/ 否 2. 是否具备参加社区康复活动的条件。   是/ 否   1. 是否在有条件时定期参加康复活动。   是/ 否 | 残联专干： |
| 本周期内  监护人实际  履责时间\* | 入住康复、养老等福利机构，或住院治疗的时间  经审核，实际履责时间为 个月。 | 社区个案管理小组组长： |
| 补贴发放  审查意见\* | 鉴于监护人已履行/未履行看护管理责任，同意/不同意发放看护管理补贴（ 元）。    镇街（地区）（盖章）  年 月 日 | |

\*小组成员首先确认有无发生暂行办法第六、七、八、九条规定的情形。当发生监护人或被监护人死亡，被监护人户籍迁出本市或居住地迁出本区，监护人丧失履责能力等情形时，参考相关材料（如，死亡医学证明、户籍证明等）进行认定。补贴发放仅限于完成年度看护管理责任或符合即时申领条件的情形。