附件4

隆回县特困供养人员精神障碍患者入住收治

医疗机构救治救助申报审批表

所属乡镇：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  | |
| 监护人  姓 名 |  | 联系  电话 |  | | 家庭详细  地址 |  |
| 医疗保险  情 况 | 城乡居民基本医疗保险（ ） 城镇职工基本医疗保险（ ）  无医疗保险（ ） | | | | | |
| 家庭经济状况 | 特困供养对象（ ） 社会保障兜底户（ ） 城乡低保户（ ）  监测户（ ） 有关部门移送（ ） | | | | | |
| 自理情况 | 依据以下6项指标综合评定：自主吃饭、自主穿衣、自主上下床、自主如厕、室内自主行走、自主洗澡。6项全部达到属于全自理人员，有3项以下（含3项指标）不能达到的，可以视为部分丧失生活自理能力，有4项以上（含4项）指标不能达到的，可以视为完全丧失生活自理能力。 | | | | | |
| 通过综合测试属于哪种类型（全自理、半护理或者全护理） |  | | | | | |
| 对象疾病  类 型 | 精神分裂症（ ） 分裂情感障碍（ ） 偏执性精神障碍（ ）  双相情感障碍（ ） 精神发育迟滞、伴发精神障碍（ ）  癫痫所致精神障碍（ ）其它（ ） | | | | | |
| 监护人  申 请 | 因精神障碍，申请入住精神科治疗，请求住院期间困难救助。  申请人：  年 月 日 | | | | | |
| 收治医院  意 见 | 主治医生：  年 月 日 | | | | | |
| 民 政 局  业务部门  审核意见 | 经核，同意入院治疗救助。救助标准为： ，出院按实结算。  经办人：    审核人：  年 月 日 | | | | | |

说明：通过综合测试确定属于全自理、半护理、全护理。