看護証明書

支部様式11

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　　属 | |  | | | | | | | 認定番号 |  | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | 傷病名 |  | | |
| 入院期間 | | | | 令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで　　　　　　　日間 | | | | | | | |
| 付添看護を必要とした期間 | | | | | 令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで　　　　日間 | | | | | | |
| 看護人の種別 | | | 1．正看護師　2．准看護師　3．付添婦　4．家　族（被災職員との続柄　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 付添看護を必要とした理由 | | （次の該当項目を〔　〕内に記入のうえ、その具体的理由及び期間を記入願います。）  　　1　病状が重篤であって、絶対安静を必要とし、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があった。  　　2　病状は必ずしも重篤ではないが、手術等による比較的長時間にわたり、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があった。  　　3　体位変換又は床上起座が常時不可又は不能であるため、看護師等の看護が特に必要であった。  　　4　食事及び用便に常時介護が必要とするものであるため、看護師等の看護が特に必要であった。  　　5　その他、療養上、看護師等の看護が特に必要あった。  　上記〔　　　　〕のため、看護師等の看護（付添）が特に必要であった。  　　・具体的理由：  　　・必要とした期間：令和　　 年　　 月　　 日から　 　年　　 月　 　日　　 日間 | | | | | | | | | |
| 完全看護（健康保険における基準看護の承認を受けている医療機関への入院）の有無 | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| 備　考 |  | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 病院または  診療所の | | | | | | ｛ | 所在地  名称  担当医師 | | | | |
| 家族が付添った場合、看護師等が得られなかった具体的理由 | | | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日  　　　　　　申立人（被災職員）　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | |

（注）完全看護が実施されている病院で、さらに看護師等を必要とする場合は、その理由を詳細に記載すること。