**看護証明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | 認定番号 |  |
| 氏名 |  | 傷病名 |  |
| 入院期間 | 　　　　年　　月　　日から　 | 　　　　年　　月　　日まで |  | 日間 |
| 付添看護を必要とした期間 | 　　　　年　　月　　日から | 　　　　年　　月　　日まで |  | 日間 |
| 看護人の種別　　 | 1.正看護師　　2.准看護師　　3.看護補助者　　4.家族 | 被災職員との続柄 |
| （　　　　　） |
| 付添看護を必要とした理由（病状等をできるだけ詳細に記載してください。） |  |
| 基準看護の有無 | 有　無 |
| 備考 |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　年　　月　　日 |
|  | 病院又は診療所の | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 担当医師 |  |  |
| 家族が付添った場合、看護師が得られなかった具体的理由 |
|  |
| 　　　　年　　月　　日 |
| 申立人（被災者） | 住所 |  |
| 氏名 |  |  |

（注）　完全看護が実施されている病院で、さらに付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に備考欄に記載すること。