**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。