

看護証明書

所属	〇〇町総務課	認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇
氏名	青森 甲夫	傷病名	右下腿骨骨折
入院期間	令和〇〇年 4月 10日から	令和〇〇年 4月 20日まで	11 日間
付添看護を必要とした期間	令和〇〇年 4月 11日から	令和〇〇年 4月 20日まで	10 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。)	基準看護でなく、手術後、右下肢を固定したため介護が必要であった。		
基準看護の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>		
備考			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和〇〇年 4 月 30 日 病院又は診療所の { 所在地 〇〇町〇〇二丁目 39-4 名称 〇〇整形外科医院 担当医師 〇〇 〇〇			
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			
令和 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。