

看護証明書

認定番号 ※〇〇-〇〇〇〇〇

※ 被災 職員	所 属	〇〇市〇〇部〇〇〇課		
	氏 名	〇〇 〇〇	(生年月日 〇〇年 〇月 〇日)	
初 診 日	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日			
傷 病 名	〇〇〇〇〇			
入 院 期 間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (10 日間)			
看護必要期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (5 日間)			
基準看護の有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
看護人の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 付添人 <input type="checkbox"/> 家族 (被災職員との続柄)			
看護 (付添) を 必要とした理 由 (病状等を詳 細に記入して ください。)	令和〇〇年〇〇月〇〇日に〇〇〇の手術を施行。術後、〇〇にて固定したため、排尿、排便、食事に介助を要した。			
備 考	基準看護が実施されている医療機関にあっては、特に付添看護を必要とする理由について、備考欄に詳細に記入してください。			
上記のとおり相違ないことを証明します。				
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
医療機関の				
所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地				
名 称 〇〇〇病院				
担当医師 〇〇 〇〇				
(印)				

[注] ※欄は、被災職員が記入してください。

基準看護が実施されている病院で更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入してください。

[参考] 看護料が認められるのは次の場合です。

- 1 症状が重篤であって、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ると認められる場合
- 2 症状は必ずしも重篤ではないが、手術等により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ると認められる場合
- 3 その他体位変換または床上起座が常時不可または不能であるもの、食事及び用便について常時介助を必要とするもの等で、看護師等の看護が特に必要、かつ、相当と認められる場合