|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 看　護　証　明　書 | | | 認定番号 | | ～ | |
| 所　　　　　属 |  | 傷病名 | |  | | |
| 氏　　　　　名 |  |
| 看 護 の 区 分 | □　看　護　師　　　　□　准　看　護　師　　　　□　そ　の　他  □　家　　　族　（ 被災職員との続柄　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 看護を必要とした  期 間 | 平成　　 年　　 月　　 日から平成　　 年　　 月　　 日まで | | | | | 日間 |
| 入　院　期　間 | 平成　　 年　　 月　　 日から平成　　 年　　 月　　 日まで | | | | | 日間 |
| 基準看護の有無 | □　有　　　　　　　　　　　　　□　無 | | | | | |
| 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。） |  | | | | | |
| 家族又はその他の場合  看護師等が得られなかった理由 |  | | | | | |
| 備　　　　　考 |  | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在　地  　　　　　　　　　　　　　医療機関の　　名　　　 称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担 当 医 師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |

　注　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載

　　してください。

都支部様式第４３号