

# 看護証明書

認定番号

〇〇〇〇 ~ 〇〇〇

所 属	東京都〇〇局〇〇部	傷病名	右下腿骨骨折						
氏 名	新宿太郎								
看護の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 家族 (被災職員との続柄)								
看護を必要とした期間	平成29年7月5日から平成29年7月7日まで	3日間							
入院期間	平成29年7月5日から平成29年7月23日まで	19日間							
基準看護の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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。)	上記傷病のため7月3日に手術を施行 術後の安静を要し、歩行等一切禁止のため介助を要した。								
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29年8月〇日									
医療機関の { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">所在地</td> <td>千代田区永田町〇-〇</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">名 称</td> <td>関東外科病院</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">担当医師</td> <td>関 東 次 郎</td> </tr> </table>				所在地	千代田区永田町〇-〇	名 称	関東外科病院	担当医師	関 東 次 郎
所在地	千代田区永田町〇-〇								
名 称	関東外科病院								
担当医師	関 東 次 郎								
			 						

病院又は診療所における看護の場合に記入する。

※ 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。