看　護　証　明　書

認定番号	―

所属団体		所属部局	
被災職員氏名		災害発生年月日	令和　　年　　月　　日
傷病名			
所要の入院期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで		日間
看護を必要とした期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで		日間
看護人の種類	1. 看護師　　2. 付添婦　　3. その他	被災職員との続柄・氏名 （　　）	
基準看護の有無	有　　無		
看護師を必要とした理由 （該当の理由に○印をつけてください）	ア　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った。 イ　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った。 ウ　体位変換又は床上起座が常時不可又は不能であった。 エ　食事及び用便に常時介助が必要であった。 オ　その他（具体的理由を詳細に記入してください。）		

看護人の種別の欄中「3. その他」の者が付添った場合，看護師等が得られなかった具体的理由

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日　　医療機関の { 所在地 / 名称 / 担当医師 }

（注）基準看護の承認を受けている医療機関に入院している場合は，特別な事情のない限り，当該医療機関以外の者による看護は補償の対象とされません。