

(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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | 被災職員との続柄・氏名  1. 看護師 2. 付添婦 3. その他  （ ） | | | | | |
| 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。 所 在 地 令和 年 月 日 医療機関の 名 称  担当医師 | | | | | | |

者による看護は補償の対象とされません。