(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。