

看 護 証 明 書

		認定番号	
所属団体名		所属名	
被災職員名 氏 名		災害発生日 年 月 日	令和 年 月 日
傷病名			
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
看護人の種別	1 看護師 2 准看護師 3 看護を行う者 4 その他		被災職員との続柄 ()
基準看護の有無	有 { 理由 } 無		
看護を必要とした理由 (○印をつけてください。)	ア 病状が重篤であって、絶対安静を必要とし、看護師等の常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があった。 イ 病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、看護師等の常時監視を要し、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護が必要であった。 オ その他(具体的な理由を詳細に記入してください。) { }		
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			

〔注意事項〕 基準看護が実施されている医療機関の場合は、看護を必要とする理由を () 内に記入してください。