証　明　書（看　護）

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |
| 被災職員氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 傷 　病 　名 |  | | | | |
| 看護の区分 | □ 看護師　　　　　　　□ その他  □ 家族（被災職員との続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 入 院 期 間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで　　　　日間 | | | | |
| 看護の必要期間 | 上記の入院期間のうち  　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで　　　　日間 | | | | |
| 入 院 基 本 料 | □ 有床診療所Ⅱ群入院基本料3 □ 有床診療所Ⅱ群入院基本料3以外 | | | | |
| 看護を必要とした理由（病状等による理由を詳細に記入して下さい。） |  | | | | |
| 家族が付き添った場合  看護師等が得られなかった理由 |  | | | | |
| 備　　　　　　　　考 |  | | | | |
| 頭書の患者に関し、上記のとおり看護の必要を認めます。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |

(注)　入院基本料が有床診療所Ⅱ群入院基本料3以外の場合は、さらに付添看護を必要とする理由を備考に詳細に記入して下さい。