

看 護 証 明 書

所 属		認 定 番 号			
氏 名		傷 病 名			
入 院 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
付添看護を必要とした場合	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
看護人の種別	1. 看護師 2. 准看護師 3. 看護補助者 4. 家族 <table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="border: none;">被災職員との続柄</td> <td style="border: none;">()</td> </tr> </table>			被災職員との続柄	()
被災職員との続柄	()				
付添看護を必要とした理由 (病状等を具体的に記入してください。)					
完全看護の有無	有		無		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 担当医師					
家族が付添った場合	看護師が得られなかった具体的理由 年 月 日 住 所 申立人(被災者) 氏 名				

(注) 完全看護が実施されている病院で、さらに付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に上部余白に記入すること。