地基山形様式第８号

看　護　証　明　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　　　属 |  | 認定番号 | － | |
| 氏　　　名 |  |  |  | |
| 入 院 期 間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | 日間 |
| 付添看護の必要期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | 日間 |
| 看護人の種類 | ①看護師 ・ ②看護師に代わって看護を行う者 ・ ③家族（職員との続柄・氏名　　　　　　　　　　） | | | |
| 看護人が家族  の場合看護師  が得られなか  った理由 |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 付添看護を必  要とする理由  (具体的に記入のこと) |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 基準看護の有無 | 有　　　　　　　　無 | | | |
| 備　　　考 |  | | | |
|  | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　地方公務員災害補償基金山形県支部長　殿  　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　医療機関　名称  　　　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　） | | | | |