


看護証明書

所属	〇〇総合支庁〇〇部〇〇課	認定番号	329-01009
氏名	松波 太郎	傷病名	外傷性くも膜下出血
入院期間	平成29年7月3日 ~ 平成29年7月21日		19日間
付添看護の必要期間	平成29年7月3日 ~ 平成29年7月5日		3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)	上記傷病のため7月3日に手術を施行		
	術後の安静を要し、歩行等一切禁止のため介助を要した。		
基準看護の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>		
備考	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>地方公務員災害補償基金山形県支部長 殿</p> <p>平成29年8月1日</p> <p>所在地 〇〇市〇〇町四丁目3-2</p> <p>医療機関 名称 〇〇市立病院</p> <p>担当医師氏名 天童 一郎 </p> <p>電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇</p>		