

看護証明書

所属	〇〇総合支庁〇〇部〇〇課	認定番号	405-01009
氏名	松波 太郎	傷病名	外傷性くも膜下出血
入院期間	令和5年7月3日 ~ 令和5年7月21日		19日間
付添看護の必要期間	令和5年7月3日 ~ 令和5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	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  令和 5 年 8 月 1 日  所在地 〇〇市〇〇町四丁目3-2 医療機関 名称 〇〇市立病院 担当医師氏名 天童 一郎 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇		