

付添看護料を請求する場合は、医療機関の証明を受けて、療養補償請求書にこの証明書と領収書（原本）を添付してください。

地方公務員災害補償

看護証明書

認定番号 〇〇—100000

被災職員	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地
	氏名	〇〇〇〇 (生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日)
初診日		令和〇〇年〇〇月〇〇日
傷病名		右肩腱板断裂
入院期間		令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (7日間)
看護必要期間		令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (3日間)
基準看護の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
看護人の種別		<input checked="" type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 付添人 <input type="checkbox"/> 家族 (被災職員との続柄)
看護(付添)を必要とした理由 (病状等を詳細に記入してください。)		令和〇〇年〇〇月〇〇日 右肩腱板修復術施行 術後、外転装具で固定したため、排尿、排便、食事に介助を要した。
備考		基準看護が実施されている医療機関にあっては、特に付添看護を必要とする理由を、この「備考欄」に詳細に記入してください。
上記のとおり相違ないことを証明します。		
令和〇〇年〇〇月〇〇日		
所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地		
医療機関名称 〇〇〇〇		
医師名 〇〇〇〇		
(※ 自署又は記名押印)		

病院における看護の場合は記入してください。

[注] 基準看護が実施されている病院で更に付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に備考欄に記載してください。

[参考] 看護料が認められるのは次の場合です。

- 症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があると認められる場合
- 症状は必ずしも重篤ではないが、手術等により比較的長時間にわたり、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があると認められる場合
- その他体位変換または床上起座が常時不可または不能であるもの、食事及び用便について常時介助を必要とするもの等で、看護師等の看護が特に必要、かつ、相当と認められる場合