

| | | | | | | | | | | |
|------|--------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------|--|--|----------------|--|--|
| 技官意見 | 認定の日 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 承認要件1・2に該当する期間 | 承認要件3に該当する期間 | | | 不承認期間及び事由 | | | 技官認印 | | |
| | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 | | | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 | | | 1. 2. 3. | | |

看護を必要とする意見書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------------|--|--------------|---------|-------------|----|-----------------------|--------------------------------------|-------|----|---|-----------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|
| 医師が意見を記入するところ | ⑮ 傷病名 | | | | | | | | | | | ⑯ 健康保険で療養をはじめた日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| | ⑰ 発病または負傷の年月日 | 昭和 年 月 日 | | | ⑱ 発病又は負傷の原因 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑲ 看護婦等の付添を必要とする理由及び期間 | (ア) 必要とする理由 | | | | | (イ) 必要と認める期間 | | | | | (ウ) 入院日 | | | | | | | | |
| | | 1. 症状が重篤 2. 手術のため [1] 床上起座が禁止又は不可能 3 [2] 体立変換が禁止又は不可能 [3] 食事・用便ともに要介助 | | | | | 年 月 日から 日間 年 月 日まで | | | | | (エ) 退院日 | | | | | | | | |
| | | | | | | | 年 月 日から 日間 年 月 日まで | | | | | (オ) 退院予定日 | | | | | | | | |
| | ⑳ 傷病の経過及び具体的な処置の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ㉑ 体温・脈拍について | | (ア) 平温・平脈である | | | | | (イ) 下記㉒欄のとおり(平温・平脈である場合は記入の必要はありません) | | | | | | | | | | | | |
| | ㉒ 体温表 | 月 日 | | 呼吸 | 脈拍 | 体温 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | | 75 | 160 | 41 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 70 | 150 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 65 | 140 | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 60 | 130 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 55 | 120 | 39 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 50 | 110 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 45 | 100 | 38 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | | 80 | 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | 60 | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 40 | 35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 排尿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 便通 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食餌 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㉓ 手術名 | | | | ㉔ 手術日 | 年 月 日 | | | ㉕ 手術予定日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| ㉖ ⑲欄の期間のうち2人付の期間 | | | | 年 月 日から | | | 年 月 日まで | | | 日間 | | | | | | | | | | |
| ㉗ 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上の理由で看護の必要を認めます。 | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| ㉘ 医療機関名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㉙ 保険医氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |