様式第4

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 看護承認申請書  (第　　回目) | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者が記入するところ | 被保険者証の記号番号 |  | | | | | | | | |  |
| 療養を受けた被保険者の氏名・生年月日・性別 | 氏名 | | | | | 世帯主の住所氏名 | |  | |
| 明  大  昭 | 年　月　日生 | | 男女 | |
| 傷病名 |  | | | | 発病または負傷の日 | | | 年　月　日 | |
| 発病または負傷の原因 |  | | | | | | | | |
| 現に入院中の者はその病院又は診療所 | 名称 | |  | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | |
| 看護婦等の付添を必要とする期間 | 年　　　月　　　日から  　　　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | | 日間 |
| 看護婦等の付添を必要とする理由 |  | | | | | | | | |
| この書類を看護婦等つける前に提出することができなかつたときはその理由 |  | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　㊞ | | |
| 小野町長　　　　殿 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

(B5)

(裏)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 看護を必要とする意見書 | | | | | | | | | |
|  | 医師が意見を記入するところ | 傷病名 |  | | | 国民健康保険で療養をはじめた日 | 年　月　日 | |  |
| 入院日　　　　年　月　日 | | |
| 看護婦等の付添を必要とする理由及びその期間 | 看護婦等の付添を必要とする理由 | | | 看護婦等の付添を必要と認める期間 | | |
| 1　病状が重篤又は手術のため | | | 年　月　日から  　　　年　月　日まで | | 日間 |
| 2　その他 | (1)床上起座が不可又は不能  (2)体位交換が不可又は不能  (3)食事・用便ともに要介助 | | 年　月　日から  　　　年　月　日まで | | 日間 |
| 病状等の状況 | | | | 費用見積額 | 円 | |
| 1　傷病経過の概要  2　体温、脈博、排尿、便通、食餌等の状況及び処置の概要  3　主な検査成績及び手術名とその施行月日 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |
| 上記の理由で看護の必要を認めます。　　　　　　　　　　 　　　年　月　日 | | | | | | | |
| 医師 | | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | |
|  | | | | | | | | | |

(B5)