

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 [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)													
	⑲ 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												㉚									
㉙ 保険医氏名												印									