

妊娠高血圧症候群等療養証明書

(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日
病名	妊娠高血圧症候群・子癇 関連疾患（肺水腫・脳出血・常位胎盤早期剥離・HELLP症候群）、 糖尿病、貧血、産科出血、心疾患		
入院中の医療	1 食餌療法（食 日間） 2 薬物療法（内服(薬剤名)) (注射(薬剤名)) 3 手術療法等（開腹()) (その他()) 4 その他（)		
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで(日間)		
証明時の妊娠週数 (または分娩年月日)	妊 娠 週 (年 月 日分娩)		
患者本人負担額 (領収又は請求額)			
症 状 等	1 血 圧 収縮期血圧 / 拡張期血圧 (mmHg) 2 蛋 白 尿 () 3 血 糖 値 (1) 妊娠前から診断が確定している糖尿病の合併妊娠 () (2) 妊娠糖尿病 (空腹時血糖値 / 1時間値 / 2時間値) (mg/dl) (3) 妊娠時に診断された明らかな糖尿病 () 4 貧 血 血色素 (g/dl) 5 産科出血に対する輸血その他の応急処置 (有・無) 6 心疾患(心不全、肺水腫、心内膜炎、心房細動等の不整脈、 その他()) 7 その他の合併症()		
上記のとおり証明する 年 月 日	医療機関名称		
	医療機関所在地		
	診療担当医師氏名		

- (注)1 入院開始後21日を経過しても退院に至らない者については、「入院期間」の最終日を21日とし、21日間の入院期間に係る証明をしてください。
- (注)2 「病名」については、該当する病名を○で囲んでください。
- (注)3 「入院中の医療」については、該当文字を○で囲み、()内には、必要事項を記入してください。
- (注)4 「症状等」については、該当文字を○で囲み、()内には、必要事項を記入してください。
- (注)5 患者が死亡した場合は、「余白」に死亡年月日を記入してください。