様式２

妊娠中毒症療養証明書

(フ リ ガ ナ) 氏　　名		生 年 月 日	年　月　日
病　　名	妊娠中毒症、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　浮　腫　(下肢のみ・腹部まで・全身) 2　た ん 白 尿　(　‰) 3　アセトン尿　(　陽性・陰性　) 4　血　圧　(　～　mmHg) 5　血 糖 値　(　mg／dℓ) 6　血 色 素 量　(　g／dℓ) 7　産科出血に対する輸血等の応急処置 (有・無) 8　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 (　)) 9　その他の合併症 (　)		
上記のとおり証明する 年　月　日 医療機関の名　称 医療機関の所在地 診療担当医師　氏名　印			

(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。

2　「病名」については、該当する病名を○で囲んでください。

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。

4　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。