

妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）等療養証明書

(ふりがな) 患者氏名			生年月日	年 月 日	
病 名	妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）・糖尿病・貧血・産科出血・心疾患				
入院中の医療	1. 食事療法	(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 又は分娩年月日	妊娠満 週 (年 月 日 分娩)				
患者本人負担額 (領収又は領収書)			総得点	点	
			保険の種類		
症 状 等	1. 浮 腫	(下肢のみ、	腹部まで、	全身)
	2. 蛋白尿	(‰)
	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	()
備 考					
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 日を通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 日間の入院証明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には、「備考」に死亡年月日を記入してください。