

様式第2号

妊娠高血圧症候群等療養証明書

(ふりがな)		生年月日	年	月	日
妊産婦氏名					
住 所	〒				
病 名	妊娠高血圧症候群・糖尿病・貧血・産科出血・心疾患				
症 状 等	1. 血圧	～	mmHg		
	2. たんぱく尿	mg/dl			
	3. 血糖値				
	4. 血色素	g/dl			
	5. 産科出血	有・無(有の場合、輸血等の処置内容を具体的に記入ください。) (処置内容:)			
	6. 心疾患	心不全・肺水腫・心内膜炎・心房細動・その他()			
	7. その他				
入 院 中 の 医 療 (主な治療を記入ください)	1. 食事療養	(食	日間)	
	2. 薬物療養	(
	3. 手術療養等	(
	4. その他	(
証明時の妊娠週数 (又は分娩年月日)	妊娠満	週	(平成	年	月 日 分娩)
入 院 期 間	令和	年	月	日	～ 令和 年 月 日
妊産婦本人負担額 (領収又は請求額)	円				
備 考					
上記のとおり証明する。 令和 年 月 日 医療機関の名称 医療機関の所在地 (電話番号) 診療担当医師 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」の最終日を入院開始から起算して21日目の日とし、21日間の入院期間に係る証明をしてください。
2 「病状等」や「入院中の医療」については、該当する疾患等を○で囲み、具体的に記入ください。
3 妊産婦が死亡した場合は、「備考」欄に死亡年月日を記入してください。