

妊娠中毒症等療養証明書

(ふりがな) 氏名		生年月日	昭和 平成	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	平成 年 月 日から平成 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 (平成 年 月 日 分べん)					
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 ()					
備考						
上記のとおり証明する。 平成 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、当該文字を 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、「備考」に死亡年月日を記入してください。