

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	昭和 平成	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		{ 内服（薬剤名） 注射（薬剤名）		
	4 その他（				
入院期間	令和 年 月 日から 令和 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（令和 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	mmHg)			
		（拡張期血圧	mmHg)		
	2 蛋白尿（				
	3 血糖値（	mg/dl)			
	4 血色素量（	g/dl)			
	5 産科出血に対する輸血等の応急処置（	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（					
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 診療担当医師氏名					

様式第2号・うら

- (注) 1 入院開始後、21日を経過しても退院に至らない場合は、「入院期間」の最終日を21日目とし、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「備考」欄に死亡年月日を記入してください。