

様式第 2

妊娠高血圧症候群等療養証明書

(ふりがな) 患者氏名	生年月日	昭和 年 月 日 平成
病名	妊娠高血圧症候群 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 分娩誘発 () 開 腹 () 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 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 (~ mm/Hg) 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。 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 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。