

## 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	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 べん）	
患者本人 負担額 （領収又は請求額）	円 （分娩介助料、室料差額等の健康保険適用とならない費用は含まれません。）	
症状等	1. 浮腫（下肢のみ、腹部まで、全身） 2. たん白尿（ %o） 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。 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 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>		

- (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。