

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)	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。 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。