

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	年 月 日
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 食事療法	(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	年 月 日～ 年 月 日 (日間)			
証明時妊娠週数 (分娩年月日)	妊娠満 週 (年 月 日分娩)			
患者本人負担額 (領収または請求額)	円			
症 状 等	1 血圧	(～ mm/Hg)		
	2 蛋白尿	(g/日)		
	3 子癇			
	4 妊娠高血圧症候群関連疾患	(肺水腫・脳出血・常位胎盤早期剥離・HELLP症候群)		
	5 血糖値	(空腹時・負荷後1時間・負荷後2時間・随時 mg/dl)		
	6 HbA1c	(%)		
	7 糖尿病網膜症			
	8 血色素量	(g/dl)		
	9 産科出血による輸血等の応急措置	(有・無)		
	10 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)			
備 考				
上記のとおり証明する。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師氏名				

注意

- 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日目とし、21日間の入院に係る証明をしてください。
- 2 本療養証明書に要する費用は申請者負担になります。