

妊娠高血圧症候群等療養証明書

(ふりがな)		生年月日	S・H 年月日
患者氏名			
病名	妊娠高血圧症候群症・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 日分娩)		
患者本人負担額 (領収又は請求額)			
症状等	1 血圧 (mmHg) 2 たん白尿 (%) 3 アセトン尿 (陽性 陰性) 4 血糖値 (mg/dl) 5 血色素量 (g/dl) 6 産科出血に対する輸血等の応急処置 (有・無) 7 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 ()) 8 その他の合併症 ()		
備考			
<p>上記のとおり証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関の名称 医療機関の所在地</p> <p>診察担当医師 氏 名 印</p>			

- (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、「入院機関」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、該当する文字を○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。