

## 妊娠中毒症等療養証明書

(ふりがな)	
患者氏名	
生年月日	
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 から 年 月 日 まで( 日間 )
証明時の妊娠週間 (又は分べん年月日)	妊娠満 週 ( 年 月 日 分べん )
患者本人負担額 (領収又は請求額)	
	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 ( 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	
<p>上記のとおり証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称 医療機関の所在地 診察担当医師 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、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。