

様式第 2 号

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 日から 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 (年 月 日分娩)		
患者本人負担額 (領収又は請求額)			
症 状 等	1. 浮腫 (下肢のみ ・ 腹部まで ・ 全身) 2. 蛋白尿 (%) 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			
上記のとおり証明する。 年 月 日 名 称 医療機関 所在地 診療担当医師 (印)			