

妊娠高血圧症候群等医療証明書

(ふりがな) 患者氏名		生年月日	年 月 日
病 名	妊娠高血圧症候群及び関連疾患 ・ 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 分べん)		
患者本人負担額 (領収又は請求額)			
症 状 等	1. 妊娠高血圧症候群及び関連疾患 ① 血圧 (収縮期血圧 mmH g) (拡張期血圧 mmH g) ② 蛋白尿 (g /24 時間尿) ③ 関連疾患名 () 2. 糖尿病及び妊娠糖尿病 ① 血糖値：75gOGTT実施 (有・無) (空腹時血糖値 mg/ dl) (1 時間値 mg/ dl) (2 時間値 mg/ dl) (随時血糖値 mg/ dl) ② HbA1c(JDS) (%) 3. 貧血 ① 血色素量 (g / d l) 4. 産科出血に対する輸血等の応急処置 (有・無) 5. 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 医療機関名 医療機関の所在地 診療担当医師 氏 名			

- (注) 1. 入院開始後21目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、該当するものを○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。
 5. 「症状等」については、該当部分に必要な事項を記入してください。