様式第２号（用紙　日本産業規格A4縦型）

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　日生
疾病名	妊娠高血圧症候群　糖尿病　貧血　産科出血　心疾患		
症候等	1 血　圧：　～　mm/Hg 2 蛋白尿：　mg/dl 3 血糖値：空腹時　mg/dl・1時間値　mg/dl・2時間値　mg/dl 4 血色素量：　g/dl 5 産科出血：　有　・　無 6 心疾患：心不全・肺水腫・心内膜炎・心房細動・その他（　） 7 その他：		
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：		
証明時の妊娠週数又は分娩年月日	妊娠満　週（　年　月　日分娩）		
入院期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間		
患者本人負担額（領収又は請求額）	円		
備考			

上記のとおり証明する。

年　月　日

医療機関の名称

医療機関の所在

診療担当医師

（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」の最終日を入院開始日から起算して21日目の日とし、21日間の入院期間に係る証明をしてください。

２　「疾病名」については、該当する疾病名を○で囲んでください。

３　「症候等」と「入院中の医療」については、該当番号と該当事項を○で囲み、その他の事項については（　）に具体的に記入してください。

４　患者が死亡した場合は、「備考」欄に死亡年月日を記入してください。