様式第２号（第４条関係）

ハイリスク妊産婦に関する診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 妊産婦氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 出産予定日 | 年　　月　　日 | 出 産 日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　ハイリスク妊産婦の該当有無 | （該当する番号全てに○を付けてください。）  (１)　ハイリスク妊娠管理加算の対象患者  (２)　ハイリスク分娩管理加算の対象患者  (３)　下記３に掲げる患者に該当する者  (４)　上記１から３までのいずれにも該当しない者 | |
| ２　当該医療機関における妊婦健康診査の受診期間 | （受診開始日）  　　　　年　　月　　日 | （受診終了日）  　　　　年　　月　　日 |
| ３　上記１(３)に該当する場合は、当てはまるもの全てに☑を付けてください。 | | |
| （ハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩等管理加算の対象患者に相当する者）  □妊娠22週から32週未満の早産の患者　□妊娠高血圧症候群重症の患者  □前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴うものに限る。）の患者  □妊娠30週未満の切迫早産（子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示すもの等に限る。）の患者  □多胎妊娠の患者　□子宮内胎児発育遅延の患者　□心疾患（治療中のものに限る。）の患者  □糖尿病（治療中のものに限る。）の患者　□甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者  □腎疾患（治療中のものに限る。）の患者　□膠原病（治療中のものに限る。）の患者  □特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者  □白血病（治療中のものに限る。）の患者　　□血友病（治療中のものに限る。）の患者  □出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者  □ＨＩＶ陽性の患者　　□Ｒｈ不適合の患者  □当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者  □精神疾患の患者（精神療法が実施されているものに限る。）  □40歳以上の初産婦である患者　　□分娩前のＢＭＩが35以上の初産婦である患者  □常位胎盤早期剥離の患者　　□双胎間輸血症候群の患者 | | |

上記のとおり診断します。

　　　　年　　月　　日

医療機関　所在地

　　　　　名　称

　　　　　医　師

注　ハイリスク妊産婦健康診査等通院交通費助成金の交付を受けようとする妊産婦は、主治医から上記事項の診断を受けた上で、ハイリスク妊産婦健康診査等通院交通費助成金交付申請書兼請求書（様式第１号）に添付して市に提出してください。ただし、市において本診断書により証明すべき事項を確認することができる場合は、添付を省略することができます。