

## ハイリスク妊産婦該当事項（医療機関記載欄 ※ハイリスクに該当する場合のみ記載）

医療機関の名称	①	
記入日 令和 年 月 日	①（通院等開始後提出時） 令和 年 月 日	②（通院等終了後提出時） 令和 年 月 日
記入者所属・氏名	①	

該当事項	①（該当する番号すべてに○をつけてください。） 1. ハイリスク妊娠管理加算 2. ハイリスク分娩管理加算 3. ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩に相当の疾患を有する者	
通院等期間	①（通院等開始日） 令和 年 月 日	②（通院等終了日） 令和 年 月 日
出産日	※申請者記入欄 令和 年 月 日	
出産予定日	※申請者記入欄 令和 年 月 日	

## ①疾患名（該当事項3に該当する場合、当てはまるものにチェックを入れてください）

<p>ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩に相当の疾患を有する者</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠 22 週から 32 週未満の早産（早産するまで）      <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群重症の患者</p> <p><input type="checkbox"/> 前置胎盤（妊娠 28 週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠 30 週未満の切迫早産の患者であって、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しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。</p> <p>（ア）前期破水を合併したもの</p> <p>（イ）羊水過多症又は羊水過少症のもの</p> <p>（ウ）経陰超音波検査で子宮頸管長が 20mm 未満のもの</p> <p>（エ）切迫早産の診断で他の医療機関より紹介または搬送されたもの</p> <p>（オ）早産指数(tocolysis index)が 3 点以上のもの</p> <p><input type="checkbox"/> 多胎妊娠   <input type="checkbox"/> 子宮内胎児発育遅延   <input type="checkbox"/> 胎児に何らかの疾患が認められた者</p> <p><input type="checkbox"/> 心疾患（治療中のものに限る。）      <input type="checkbox"/> 糖尿病（治療中のものに限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）   <input type="checkbox"/> 腎疾患（治療中のものに限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 膠原病（治療中のものに限る。）      <input type="checkbox"/> 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 白血病（治療中のものに限る。）      <input type="checkbox"/> 血友病（治療中のものに限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）      <input type="checkbox"/> HIV陽性      <input type="checkbox"/> Rh不適合</p> <p><input type="checkbox"/> 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者</p> <p><input type="checkbox"/> 精神疾患（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 40 歳以上の初産婦      <input type="checkbox"/> 分娩前のBMIが 35 以上の初産婦者</p> <p><input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離      <input type="checkbox"/> 双胎間輸血症候群</p> <p><input type="checkbox"/> 早産歴（妊娠 22 週～妊娠 36 週までの出産歴）がある者</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(申請者自署欄)

上記内容について、行政機関に提出することを同意します。

氏名

## 【助成申請書の取扱いについて】

(申請者)

- 1 申請者は、この様式を医療機関に提出する前に、表面の住所・氏名・生年月日・電話番号を記入しておくこと。
- 2 申請者は、上記の出産日・出産予定日・助成対象者自署欄を記入すること。
- 3 申請者は、通院等の期間中にこの様式を医療機関に提出して通院等開始日等の必要事項を記入してもらうこと。また、通院等終了後は再度医療機関に提出し、通院等期間終了日等を記入してもらうこと。その後、市町村に提出すること。
- 4 申請者は、通院等の期間が年度をまたぐ場合は、この様式に通院等開始日から3月末までの内容を記入した上で、3月31日までに市町村に提示し、申請書(A面)及び申請に必要な添付書類を提出すること。この様式は返却されるので、翌年度の申請は通院等が終了したら上記3のとおり再度医療機関に必要事項を記入してもらい、添付書類とあわせて市町村に提出すること。

(医療機関)

- 1 医療機関は、申請者がハイリスク妊産婦に該当する場合のみ、本書(B面)に記入してください。
- 2 医療機関は、申請者から初めてこの様式を受け取った時は、本書(B面)の①と表示のある部分を記入してください。
- 3 医療機関は、申請者から再度この様式を受け取った時は、本書(B面)の②と表示のある部分を記入してください。