

様式第3号（第5関係）

ハイリスク妊産婦該当事項確認書

申請者 住所	〒		
申請者 氏名	(フリガナ)	電話	

(医療機関記載欄)

医療機関の名称	
記入日	年 月 日
記入者氏名	印

該当事項	(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 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等を有する者	
疾患等名 ※該当事項の3に該当する場合に記入してください。	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 <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 <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り。） <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。 (イ) 前期破水を合併したもの (ロ) 羊水過多症又は羊水過少症のもの (ハ) 経腔超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの (ニ) 切迫早産の診断で他の医療機関より紹介又は搬送されたもの (ホ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの <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 <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。） <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。） <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。） <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。） <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 <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 <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。） <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 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 双胎間輸血症候群 <input type="checkbox"/> 早産歴（妊娠22週～妊娠36週までの出産歴）がある者	
治療期間	(治療開始日) 年 月 日	(治療終了日) 年 月 日

【ハイリスク妊産婦該当事項確認書の取扱いについて】

(申請者)

- 1 申請者は、この様式を対象産科医療機関に提出する前に、住所・氏名・電話番号を記入しておくこと。
- 2 申請者は、出産前に申請する場合はこの様式を対象産科医療機関に提出して治療開始日等の必要事項を記入してもらうこと。また、産後に申請する場合は、対象産科医療機関に提出し、治療開始日及び終了日等の必要事項を記入してもらうこと。その後、市に提出すること。

(対象産科医療機関)

- 1 対象産科医療機関は、出産前に申請者からこの様式を受け取った時は、該当項目を確認の上医療機関記載欄及び該当事項または疾患等名にチェックをし、治療開始日を記入してください。
- 2 対象産科医療機関は、産後に申請者からこの様式を受け取った時は、該当項目を確認の上医療機関記載欄及び該当事項または疾患等名にチェックをし、治療開始日及び治療終了日を記入してください。