様式第３号（第５条関係）

ハイリスク妊婦該当事項調査票(同意書)

※太枠内は、申請者が記入してください。

住　所				電 話 番 号	
氏　名		生年月日	年　　月　　日生	出　産　日	
周産期母子医療センター名称					

【調査に係る同意書】

私は、「中津川市妊婦に対する遠方の産科医療機関への交通費及び宿泊費支援事業実施要綱」第２条第１項第２号に規定する助成対象者であることを証明するため、最寄りの周産期母子医療センターに対して、中津川市が下記事項への該当の有無を調査することについて、どちらかに〇をつけてください。

同意します　　・　　同意しません

※同意しない場合は、周産期母子医療センターから発行された診断書を提出してください。なお、当該診断書の発行に要した費用は、助成の対象ではありません。

年　　月　　日　　申請者（代理人）氏名：

※代理人の場合…助成対象者との関係（　　）

確認方法	☐診療明細書　☐紹介元産科医療機関への聞取り等　☐受入先周産期母子医療センターへの聞取り等 ☐医師所見又は該当事項が記載されている妊婦健診結果票　☐診断書又は診療情報提供書 ☐妊婦本人への聞取り　☐その他（　　）

＜該当事項＞ 該当するものにチェックすること。　＊記入者：(職名)　　(氏名)

【ハイリスク妊婦管理加算対象】

☐ 妊娠 22 週から 32 週未満の早産（早産するまでの患者に限る。）　☐ 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場合に限る。）
☐ 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。
（ア）前期破水を合併したもの　（イ）羊水過多症又は羊水過少症のもの　（ウ）経腟超音波検査で子宮頸管長が 20mm 未満のもの
（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　（オ）早産指数(tocolysis index)が３点以上のもの
☐ 心疾患（治療中のものに限る。）　☐ 糖尿病（治療中のものに限る。）　☐ 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）
☐ 腎疾患（治療中のものに限る。）　☐ 膠原病（治療中のものに限る。）　☐ 突発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）
☐ 白血病（治療中のものに限る。）　☐ 血友病（治療中のものに限る。）　☐ 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）
☐ HIV 陽性　☐ Rh 不適合
☐ 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
☐ 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。）

【ハイリスク分娩管理加算対象】

☐ 妊娠 22 週から 32 週未満の早産（早産するまでの患者に限る。）　☐ 40 歳以上の初産婦　☐ 分娩前の BMI が 35 以上の初産婦者
☐ 妊娠高血圧症候群重症の患者　☐ 常位胎盤早期剥離　☐ 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。）
☐ 双胎間輸血症候群　☐ 多胎妊娠　☐ 子宮内胎児発育遅延　☐ 心疾患（治療中のものに限る。）
☐ 糖尿病（治療中のものに限る。）　☐ 白血病（治療中のものに限る。）　☐ 突発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）
☐ 血友病（治療中のものに限る。）　☐ 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）　☐ HIV 陽性
☐ 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
☐ 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。）

【ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩に相当する疾患を有する者等】

☐ 胎児に何らかの疾患が認められた者　☐ 早産歴（妊娠 22 週から 36 週までの出産歴）がある者　☐ 若年妊婦
☐ その他（　　）