

別紙様式2

ハイリスク妊婦該当事項調査票

医学的な理由等により、周産期母子医療センターで出産等する必要がある妊産婦のみ記入してください。

【調査に関する同意書】

私は、丹波市出産・健診安心アクセス支援事業補助金交付要綱第2条に規定する補助対象であることを証明するために、最も近い産科医療機関等及び周産期母子医療センター等に対して、市が下記の該当項目①～③に関する該当の有無について調査することについて

同意します ・ 同意しません

※同意しない場合：分娩取扱施設(周産期母子医療センター)から発行してもらった診断書をご提出ください。(診断書発行に要した文書料は補助対象外です。)

年 月 日 申請者(代理人) 氏名： (署名)

※代理人の場合、利用者との関係()

【以下、市記載欄ですので記入しないでください】

確認方法	☐ 診療明細書 ☐ 紹介元医療機関への聞き取り等 ☐ 受入先の周産期母子医療センターへの聞き取り等 ☐ 診断書又は診療情報提供書 ☐ 医師所見又は該当項目が記載している妊婦健診結果 ☐ 妊婦本人へ聞き取り ☐ その他
------	---

《該当事項》当てはまるものにチェック 記入者：(職名) (氏名)

①【ハイリスク分娩管理加算対象】

☐妊娠22週から32週未満の早産の者 ☐40歳以上の初産婦 ☐分娩前のBMIが35以上の初産婦

☐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（治療中の者に限る）

☐糖尿病（治療中の者に限る） ☐白血病（治療中の者に限る） ☐特発性血小板減少性紫斑病（治療中の者に限る）

☐血友病（治療中の者に限る） ☐出血傾向のある状態（治療中の者に限る） ☐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者に限る）

②【ハイリスク妊娠管理加算対象】

☐妊娠22週から32週未満の早産の者（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

☐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者 (イ)羊水過多症又は羊水過少症の者 (ウ)経腔超音波検査で子宮頸管長が20mm未満の者

(エ)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者 (オ)早産指数（tocolysis index）が3点以上の者

☐心疾患（治療中の者に限る） ☐糖尿病（治療中の者に限る） ☐甲状腺疾患（治療中の者に限る）

☐腎疾患（治療中の者に限る） ☐膠原病（治療中の者に限る） ☐特発性血小板減少性紫斑病（治療中の者に限る）

☐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者に限る）

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】

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

☐その他最も近い分娩取扱施設での出産が困難と判断された者

(医師の所見：)