特定分娩取扱施設確認書

※この確認書は妊産婦若しくは胎児の状況により、最寄りの分娩取扱施設ではなく、特定の分娩取扱施設に通う必要がある場合に利用するものです。

妊産婦該当事項（医療機関記載欄）

分娩取扱施設の名称	★	
記入日	★（通院等開始後提出時） 令和　　年　　月　　日	◆（通院等終了後提出時） 令和　　年　　月　　日
記入者所属・氏名	★	◆

通院等期間	★（通院等開始日） 令和　　年　　月　　日	◆（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	

★疾患名（当てはまるものにチェックを入れてください）

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

☐ 妊娠 22 週から 32 週未満の早産（早産するまで）　☐ 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 20㎜ 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
☐ 多胎妊娠　☐ 子宮内胎児発育遅延　☐ 胎児に何らかの疾患が認められた者
☐ 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。）　☐ 特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。）
☐ 40 歳以上の初産婦　☐ 分娩前のＢＭＩが 35 以上の初産婦者
☐ 常位胎盤早期剥離　☐双胎間輸血症候群
☐ 早産歴（妊娠 22 週～妊娠 36 週までの出産歴）がある者　☐ その他（　　）

★上記疾患に該当するため、大阪母子医療センターなど、県外の周産期母子医療センターでの受診・治療を紹介した　☐

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。

（申請者自署欄）

氏　名

（特定分娩医療機関）
1　特定分娩取扱施設は、申請者から初めてこの様式を受け取った時は、★と表示のある部分を記入すること。
2　特定分娩取扱施設は、申請者から再度この様式を受け取った時は、◆と表示のある部分を記入すること。

（申請者）
1　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。
2　申請者は、通院等の期間中にこの様式を特定分娩取り扱い施設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、通院終了後に提出し、通院等期間終了日等を記入してもらうこと。その後、市に提出すること。