別記様式第２号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　ハイリスク妊婦該当事項表

＊太枠内をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名（妊婦本人） |  | 生年月日 | 年　　 月 　　日 |
| 分娩施設 |  | | |
| 出産日 | 年　 　月　 　日 　（ 出産予定日：　 　 年　 　月 　　日 ） | | |

　　　　　　　　　　　　　　　【照会に関する同意書】

　　京丹後市妊婦に対する遠方の分娩施設への交通費及び宿泊費支援助成金交付要綱（令和６年京丹後市告示第２８９号）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、関係医療機関に対して、市が下記の該当事項に関する該当の有無を照会することについて、

　　　　　　　　　　　　　同意します　　・　　同意しません

　※同意しない場合：分娩施設発行の診断書をご提出ください。（診断書発行にかかった文書料は助成対象外です）

　　　　　　　年　　月　　日　申請者氏名（妊婦本人） （署名）

**以下、市記入欄**

【確認方法】　　□診療明細書　　　□関係医療機関への聞き取り等

「ハイリスク分娩管理加算」の記載　→　有　・　無

「ハイリスク妊娠管理加算」の記載　→　有　・　無

【該当事項】(上記加算が「有」の場合は不要)

□ 妊娠22週～妊娠32週未満の早産（早産するまで）　　□ 妊娠高血圧症候群重症

□ 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

(ア)前期破水を合併　(イ)羊水過多症又は羊水過少症　(ウ)経腟超音波検査で子宮頸管長が20㎜未満

　　 (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 (オ)早産指数(tocolysis index)が3点以上

□ 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）

□ 出血傾向にある状態（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（腹腔鏡による手術含む）を受けた（予定含む）

□ 精神疾患（医療機関において精神療法を実施しているものに限る）

□ 40歳以上の初産婦　　　 □ 分娩前のBMIが35以上の初産婦

□ 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

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※居住地↔分娩施設　　移動時間：（　　　　時間　　　　分）　　距離：（　　　　　　㎞）

確認した地図検索サイト等（　　　　　　　　　　　　　　　　　）