年 月 日

榛東村福祉タクシー利用券交付申請書 (ハイリスク妊産婦用)

榛東村長 様

申請者 住所 榛東村大字
氏名
TEL

榛東村福祉タクシー利用券 (ハイリスク妊産婦用) の交付を、次のとおり申請します。
なお、申請内容について、各関係機関等に調査・確認することを承諾します。

対 象 者	住 所	榛東村大字		
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳
該当するものに○をつけ てください。	1	ハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加算が算定されている		
	2	ハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加算に相当する疾患を有する		
	3	周産期母子医療センターのNICU (新生児特定集中治療室) 又はGCU (新生児治療回復室) に入院している新生児を持つ産婦		
	4	その他 ()		

(裏面もあります。)

周産期母子医療センターの名称	①
記入日	① 年 月 日
記入者所属・氏名	①

該当事項	① (該当する番号すべてに○をつけてください。) 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を有する者
治療予定期間	① 年 月 日 から 年 月 日 まで
出産日	※申請者記入欄
出産予定日	※申請者記入欄

①疾患名(該当事項3に該当する場合、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。
(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) 経膈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または搬送されたもの
(ホ) 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

(申請者自署欄)

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。 氏名

【交付申請書の取扱いについて】

(申請者)

- 申請者は、この様式を周産期母子医療センターに提出する前に、表面の住所・氏名・電話番号を記入しておくこと。
 - 申請者は、上記の出産日・出産予定日・申請者自署欄を記入すること。
 - 申請者は、この様式を周産期母子医療センターに提出して必要事項を記入してもらうこと。その後、榛東村に提出すること。(周産期母子医療センター)
- 1 周産期母子医療センターは、申請者からこの様式を受け取った時は、裏面の①と表示のある部分を記入すること。