

本書式は、産科医療補償制度の加入者として補償認定請求の主体となる分娩機関が運営組織に対して、児が下記補償対象基準を満たしていることを証明する書類です。(標準補償約款第六条第三項 別表第三「別表第一の補償対象基準を証明する書類」)

記入欄に必要事項を記載して、補償対象基準のうち該当するいずれかの口にレ点を付し、それを証明するための資料として診療録・助産録・検査データ等をご提出ください。

産科医療補償制度 補償対象基準に関する証明書

公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

児が産科医療補償制度の補償対象基準を満たす状態で出生したことを下記のとおり証明します。

年	月	日
所在地		
分娩機関名		
代表者名 印		

補償対象となる児の氏名(フリガナ)		性別	生年月日		
姓	名	男・女	20	年	月 日

(一般審査の基準) 出生体重が2,000g以上であり、かつ、在胎週数(妊娠週数)が33週以上である。
 (個別審査の基準) 在胎週数が28週以上であり、かつ、次の(1)又は(2)に該当する。

個別審査の基準にレ点を付した場合は、以下について記入してください。
 (複数に該当する場合、該当する全ての口にレ点を付してください)。

(1) 低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス(酸性血症)の所見が認められる場合
 (pH値が7.1未満)

(2) 胎児心拍数モニターにおいて特に異常のなかった症例で、通常、前兆となるような低酸素状況が前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、子癇、臍帯脱出等によって起こり、引き続き、次のいずれかの胎児心拍数パターンが認められ、かつ、心拍数基線細変動の消失が認められる場合

イ 突発性で持続する徐脈
 ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈
 ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈

(注) 上記を証明する検査データ等の資料が提出されない場合、原則として補償対象と判断することができません。なお、検査データ等の資料が提出できない場合でも補償対象基準に該当すると判断できる理由があるなど、特段の事情があるときは、以下の【備考】欄にご記入ください。

【備考】