

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提出する書類です。
 (標準補償約款第六条第三項 別表第三「運営組織が別に定める補償対象基準に関する証明書」)
 記入欄に必要事項を記載して、補償対象基準(一般審査の基準または個別審査の基準)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に関して下記の状態で出生したことを証明します。

年 月 日
所在地
分娩機関名
代表者名 印

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1,400g以上であり、かつ、在胎週数(妊娠週数)が32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けてください。)

(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) 低酸素状況が常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等によって起こり、引き続き、次のイからチまでのいずれかの所見が認められる場合

<input type="checkbox"/> イ 突発性で持続する徐脈 <input type="checkbox"/> ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈 <input type="checkbox"/> ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈 <input type="checkbox"/> ニ 心拍数基線細変動の消失	<input type="checkbox"/> ホ 心拍数基線細変動の減少を伴った高度徐脈 <input type="checkbox"/> ヘ サイナソイダルパターン <input type="checkbox"/> ト アプガースコア1分値が3点以下 <input type="checkbox"/> チ 生後1時間以内の児の血液ガス分析値(pH値が7.0未満)※
---	--

※ 生後1時間以内に他の医療機関へ搬送されている場合は、搬送先に生後1時間以内に血液ガス分析を実施されているかご確認ください(検体種別は問いません)。検査を実施されている場合は、搬送先から検査結果報告書の写しをお取寄せいただき、ご提出ください。

(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】