

養育医療意見書

ふりがな					性別	生 年 月 日															
本人氏名					男・女	令和 年 月 日															
居住地																					
被保険者証等の記号及び番号	記号				番号	社保		保 険 者 の 番 号													
						国保															
出生時の体重	g	在胎週数	満 週	アプガー スコア	生後1分 点	出生の場所															
						(1)自院 (2)他院 (3)その他															
主たる症状 (1つ選んでください)		(1)極小未熟児 (5)感染症		(2)呼吸障害 (6)重症黄疸		(3)仮死・無酸素症 (7)その他		(4)先天異常													
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不足・けいれん (2) 運動異常																			
	2 体温	(1) 摂氏 34 度以下																			
	3 呼吸器系 循環器系	(1) 強度のチアノーゼ持続				(4) 毎分 30 以下															
		(2) チアノーゼ発作を繰り返す				(5) 出血傾向が強い															
	4 消化器系	(1) 生後 24 時間以上排便がない				(3)血性吐物・血性便がある															
		(2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続																			
5 黄疸	有 [生後 () 時間に発生]			・無		強 度		強 ・ 中 ・ 弱													
その他の所見 (合併症の有無等)																					
診療予定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで																				
現在受けている医療	(1)保育器の使用 (5)輸 液		(2)酸 素 吸 入 (6)交 換 輸 血		(3)人工呼吸器の使用 (7)光 線 療 法		(4)鼻 こう 栄 養 (8)注射その他の医療														
症状の経過																					
上記のとおり診断する。																					
年 月 日																					
医療機関コード				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																	
指定養育医療機関の名称																					
所在地																					
担当医師氏名										㊟ (自署の場合は押印不要)											

(注) 1 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。
 2 本意見書の交付にあたっては、指定養育医療機関の医事担当課を経由してください。