

養育医療意見書

ふりがな						性別	生 年 月 日																
本人氏名						男・女	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	アップガー スコア	生後1分 点	出生の場所																	
						(1)自院	(2)他院	(3)その他															
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない																					
	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 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (3) 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向					(4) 呼吸数が毎分 30 以下 (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 (2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続					(3) 血性吐物がある (4) 血性便がある															
	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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで																						
現在受けている医療	(1)保育器の使用 (2)酸素吸入 (3)人工呼吸器の使用 (4)鼻こう栄養 (5)輸 液 (6)交換輸血 (7)光線療法 (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; vertical-align: middle;"><tr><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																							

- (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。
 その際、医療機関コードについては、必ず記入してください。