様式第２号

**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  国保 | | | 保　険　者　の　番　号 | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 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　　 　(2)呼吸障害　 　(3)仮死・無酸素症 　　(4)先天異常  (5)感染症　　 　(6)重症黄疸　 　(7)その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 3. 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 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 | | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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。