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。