

県番号	点数表	医療機関コード					

養育医療意見書

本人氏名				性別	男・女								
生年月日		令和	年	月	日生	出生時の体重	グラム						
在胎週数		週 日 (単胎 / 双胎(胎))											
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動が異常に少ない											
	2 体温	(1) 摂氏34度以下											
	3 呼吸器 循環器	(1) 強度のチアノーゼ (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	(1) 生後24時間以上排便がない (4) 血性便がある (2) 生後48時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物がある											
	5 黄疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い											
	その他の所見 (合併症の有無)												
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		保育器の使用		人工換気療法		酸素吸入		経管栄養		持続静脈内注射		その他の医療	
症状の経過													
上記のとおり診断します。													
令和 年 月 日													
指定医療機関の名称及び所在地													
〒													
TEL													
医師氏名													
													事務確認欄