

様式第2 (第3条関係)

県番号	点数表	医療機関コード

養育医療意見書			
ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日
在胎週数	(単胎 / 双胎 (胎))	出生時の体重	グラム
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 呼吸器循環器	(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	(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	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い	
	その他の所見 (合併症の有無等)		
診療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
現在受けている療	保育器の使用	人工換気療法	酸素吸入 経管栄養
経	持続静脈内注射	その他の医療	
症状の経過			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の名称及び所在地</p> <p>郵便番号 電話番号</p> <p>医師氏名 印</p>			

事務担当者確認印