

養育医療意見書

【指定医療機関記入欄】

※ □は、該当する項目をレ点して下さい。

ふりがな		男・女	生年月日	
氏名				
出生時の体重	グラム	在胎週数	(単胎/双胎 (胎))	
症 状 の 概 要	1 一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安・痙れん <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない		
	2 体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下		
	3 呼吸器 循環器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い		
	4 消化器	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続 <input type="checkbox"/> 血性吐物がある <input type="checkbox"/> 血性便がある		
	5 黄疸	<input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> 異常に強い		
	その他の所見 (合併症の有無等)			
診療予定期間	年 月 日 から 年 月 日			
現在受けている医療	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> その他の医療			
症状の経過				
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関の所在地 〒 名称 電話番号 担当医師名				

【市記入欄】

受給者番号		医療機関コード	
-------	--	---------	--