

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 令和 年 月 日生	
在胎週数		週（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・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 予 定 間	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで (終期は月末の日付でご記入ください)		
現在 受 け て 医 療 症 経 状 の 過	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				
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 指定医療機関の名称 及び所在地 TEL 医師氏名					

※「事務担当者確認欄」は、医療機関の事務担当者にて
記名または押印してください。

事務担当者確認欄
