

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		生年月日	年 月 日生
------------	--	------	--------

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	<input type="checkbox"/> 運動不安・痙攣がある <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない
	2 体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下である
	3 呼吸器 循環器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼが持続している <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以上で増加傾向にある <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下である <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している <input type="checkbox"/> 血性吐物が <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している <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 日まで
--------	-----------------

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

指定医療機関 名称
所在地
電話番号
医師 氏名

㊟

事務担当者確認印
