

第2号様式（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		男・女	生年 月 日 年 月 日
住 所			
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) 運動異常	
	2 体 温	(1) 摂氏34度以下	
	3 呼 吸 器 循 環 器	(1) 強度のチアノーゼ特続 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (3) 呼吸数が毎分50を超えて増加傾向 毎分( )回 (4) 毎分30以下 毎分( )回 (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・血性便がある 便の性状( )	
	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)		
診療予定期間		年 月 日から 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。 年 月 日 指定養育医療機関 所在地 名 称 医師名 印			

確認印