

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 日生
-------------	--	----	-------	------	--------

在胎週数	（単胎 / 双胎（胎））	出生時の体重	グラム
------	--------------	--------	-----

概 要 状 況	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 期	年 月 日から	年 月 日まで
-----	---------	---------

現 在 受 け て い る 療 養 手 法	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
症 状 の 過 去	その他の医療				

上記のとおり診断する。

年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

〒
TEL

医 師 氏 名
(署名又は記名押印)

事務担当 者確認印
