

| | | |
|-----|-----|---------|
| 県番号 | 点数表 | 医療機関コード |
| | | |

| | | | | |
|---|---|-------------|---|-----------|
| 養 育 医 療 意 見 書 | | | | |
| ふりがな 本人氏名 | | 性別 男・女 | 生年月日 | 令和 年 月 日生 |
| 在胎週数等 | 週 | 日(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) 運動が異常に少ない | |
| | 2 | 体温 | 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を越えて増加傾向 (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、血性便がある | |
| | 5 | 黄だん | あり(強・中・弱) なし | |
| | その他の所見 (合併症の有無等) | | | |
| 診期 療予 定間 | 令和 年 月 日から 令和 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 | | | |
| 経過 の 症 状 | | | | |
| <p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の名称、所在地及び電話番号</p> <p>医 師 氏 名</p> | | | | |

注 該当箇所に記載又は○を記入してください。