

県番号	点数表	医療機関コード

<b>養 育 医 療 意 見 書</b>					
ふりがな		性別	男・女	生年月日	令和 年 月 日生
本人氏名					
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					
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日					
指定養育医療機関の名称、所在地及び電話番号					
医 師 氏 名					

注 該当箇所に記載又は○を記入してください。