

様式第 2 (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		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	
症 状 の 概 要	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 3 4 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 5 0 以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分 3 0 以下 (5) 出血傾向が強い			
	4 消 化 器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない (2) 生後 4 8 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 指定医療機関の名称及び所在地  電話 医 師 氏 名					
				事務担当者氏名	