

養育医療意見書

ふりがな						性別	生 年 月 日										
本人氏名						男・女	年 月 日										
居住地																	
被保険者証等の記号及び番号	記号				番号				社保	保 険 者 の 番 号							
									国保								
出生時の体重	g	在胎週数	満 週	アプガー スコア	生後1分 点	出生の場所											
						(1)自院 (2)他院 (3)その他											
主たる症状 (1つ選んでください)		(1)極小未熟児 (2)呼吸障害 (3)仮死・無酸素症 (4)先天異常 (5)感染症 (6)重症黄疸 (7)その他															
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1)運動不足・けいれん (2)運動異常															
	2 体 温	(1)摂氏 34 度以下															
	3 呼吸器系 循環器系	(1)強度のチアノーゼ持続 (4) 毎分 30 以下 (2)チアノーゼ発作を繰り返す (5) 出血傾向が強い (3)呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向															
	4 消化器系	(1)生後 24 時間以上排便がない (3)血性吐物・血性便がある (2)生後 48 時間以上嘔吐が持続															
	5 黄 疸	有 [生後 () 時間に発生]			・無	強 度	強 ・ 中 ・ 弱										
	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	(1)保育器の使用 (2)酸素吸入 (3)人工呼吸器の使用 (4)鼻こう栄養 (5)輸液 (6)交換輸血 (7)光線療法 (8)注射その他の医療																
症状の経過																	
上記のとおり診断する。																	
年 月 日																	
医療機関コード <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
指定養育医療機関の名称																	
所 在 地																	
担当医師氏名 ㊟																	

(注) 1 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。
2 本意見書の交付にあたっては、指定養育医療機関の医事担当課を経由してください。
その際、医療機関コードについては、必ず記入してください。

