

様式第2号(第5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・けいれん (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 だ ん	(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 療 予 定 間	年 月 日から 年 月 日まで				
現 在 受 け て い る 療 療 症 経 状 の 過	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				
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 〒 電話番号 医 師 氏 名 (印)					

事務担当者 確認印
