

様式第4 (第4条関係)

県番号		点数表		医療機関コード										
養 育 医 療 意 見 書														
本人氏名			性別	男・女	生年月日		年 月 日							
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)													
診 療 予 定 期 間			年 月 日から 年 月 日まで											
現在受けている治療			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 名称 所在地 医師氏名														