

様式第4

		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 ㊟							

※病院事務担当者の確認を必ず受けてください。

事務確認印	
-------	--