

様式第 2 号（第 5 条、第 7 条、第 8 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				生 年	年 月 日生
本 人 氏 名				月 日	
居 住 地				出生時の体重	グラム
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動に係る不安又はけいれん (2) 運動異常			
	2 体温	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 回以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分 3 0 回以下 (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					
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定医療機関の名称及び所在地 医師氏名					

医療事務 担当者確認印	
----------------	--