

様式第2号 (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

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・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	
-------	--

上記のとおり診断します。
 年 月 日
 指定医療機関の名称及び所在地
 〒
 Ⅱ
 医師氏名

事務担当者 確認印	
--------------	--