

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 〒 Tel 医 師 氏 名						