

養育医療意見書					
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名					
居住地				出生時の 体重	グラム
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安、痙攣<けいれん> (2) 運動異常			
	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) チアノーゼ発生を繰り返す。 (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 (4) 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<おうと>が持続 (3) 血性吐<と>物・血性便がある			
	5 黄疸<だん>	(1) あ り (強・中・弱) (2) な し			
	その他の所見 (合併症の有無等)				
診療 予定 期間	自 年 月 日 至 年 月 (医療費概算額 円)				
現在 受け ている 医療	安 静 入 院 退 院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 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 指定養育医療機関 所在地 名称 医療機関コード 医師氏名					



この意見書は必ず医療機関の事務担当者 者に確認してもらってください	確認印
--------------------------------------	-----