

養育医療意見書		県番号		点数表		医療機関コード					
本人氏名						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日		年 月 日		
在胎週数		週 日 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (胎)				出生時の体重		グラム			
症 状 の 概 要	一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安で痙攣がある。 <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない。									
	体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下である。									
	呼吸器循環器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼが持続している。 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す。 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向がある。 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下である。 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い。									
	消化器	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない。 <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続している。 <input type="checkbox"/> 血性吐物がある。 <input type="checkbox"/> 血性便がある。									
	黄疸	<input type="checkbox"/> ある。(<input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 弱) <input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> ない。									
その他の所見(合併症等)											
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		<input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> 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 指定機関 名称 所在地 医師氏名 (自署又は押印)											

医療機関 事務担当者確認欄	
------------------	--