様式第２号

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	令和　　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	令和　　年　　月　　日から　　令和　　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。

令和　　年　　月　　日

指定医療機関の名称及び所在地

〒

TEL

医　師　氏　名　　印

事務担当者確認印