

県番号	点数表	医療機関コード

養 育 医 療 意 見 書

<small>ふりがな</small> 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
--------	-----------------------

現在受けている療養経路	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					

療 養 経 路 の 過 程

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