

| | | |
|-----|-----|---------|
| 県番号 | 点数表 | 医療機関コード |
| | | |

養 育 医 療 意 見 書

| | | | |
|-----|--|------|--------|
| 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日生 |
|-----|--|------|--------|

| | | | |
|-------|--|--------|-----|
| 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 (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 過 程 | |
|-----------------------|--|

上記のとおり診断する。
年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

〒

TEL

医 師 氏 名

| |
|--------------|
| |
| 事務担当 者確認印 |