

養育医療意見書

ふりがな					性別	生 年 月 日														
本人氏名 (受療者)					男・女	年 月 日														
居住地																				
被保険者証等の記号及び番号	記号		番号		社保	保 険 者 の 番 号														
					国保															
出生時の体重	g	在胎週数	満 週	アプガースコア	生後1分点	出生の場所														
						(1)自院 (2)他院 (3)その他														
主たる症状 (1つ選んでください)		(1)極小未熟児 (5)感染症		(2)呼吸障害 (6)重症黄疸		(3)仮死・無酸素症 (7)その他		(4)先天異常												
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1)運動不足・けいれん (2)運動異常																		
	2 体温	(1)摂氏34度以下																		
	3 呼吸器系 循環器系	(1)強度のチアノーゼ持続				(4)毎分30以下				(5)出血傾向が強い										
		(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 消化器系	(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・血性便がある														
	5 黄疸	有 [生後()時間に発生]		・無		強 度		強 ・ 中 ・ 弱												
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	(1)保育器の使用 (5)輸液		(2)酸素吸入 (6)交換輸血		(3)人工呼吸器の使用 (7)光線療法		(4)鼻こう栄養 (8)注射その他の医療													
症状の経過																				
上記のとおり診断する。																				
年 月 日																				
医療機関コード				<table style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																
指定養育医療機関の名称																				
所 在 地																				
担 当 医 師 氏 名										⑩										

(注) 1 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。
 2 本意見書の交付にあたっては、指定養育医療機関の医事担当課を経由してください。
 その際、医療機関コードについては、必ず記入してください。

