

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

## 養 育 医 療 意 見 書

|            |  |    |     |      |           |
|------------|--|----|-----|------|-----------|
| ふりがな<br>氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日生 |
|------------|--|----|-----|------|-----------|

|      |              |        |     |
|------|--------------|--------|-----|
| 在胎週数 | (単胎 / 双胎(胎)) | 出生時の体重 | グラム |
|------|--------------|--------|-----|

|                       |                     |        |  |
|-----------------------|---------------------|--------|--|
| 症<br>状<br>の<br>概<br>要 | 1                   | 一般状態   | (1) 運動不安・痙攣<br>(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<br>(2) チアノーゼ発作を繰り返す<br>(3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向<br>(4) 呼吸数が毎分30以下<br>(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<br>(2) 生後48時間以上嘔吐が持続<br>(3) 血性吐物がある<br>(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<br>(合併症の有無等) |        |  |

|  |                       |
|--|-----------------------|
| 診<br>期<br>予<br>定<br>間<br>現<br>在<br>受<br>け<br>て<br>い<br>る<br>療<br>症<br>経<br>状<br>の<br>過 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで |
|--|-----------------------|

|        |        |      |      |         |
|--------|--------|------|------|---------|
| 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 |        |      |      |         |

上記のとおり診断する。

平成 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