

第2号様式(第3条、第5条、第6条関係)

		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	年 月 日生
在胎週間		(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		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					
症状の経過							
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定医療機関の名称及び所在地 〒 TEL 医 師 氏 名							