

様式第3号 (第4条関係)

		県番号	点数表	医療機関コード			
養育医療意見書							
フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	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	<input type="checkbox"/> 運動不安・痙攣がある <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない					
	2 体 温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下である					
	3 呼 吸 器 循 環 器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼが持続している <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向にある <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下である <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い					
	4 消 化 器	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続している <input type="checkbox"/> 血性吐物が <input type="checkbox"/> 血性便がある					
	5 黄 疸	<input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生している <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射		<input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 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 名 称 所在地 電話番号 医師 氏 名							
							㊟
							事務担当者確認印