

## 養育医療給付意見書

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
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	有 有	無 無		
	2 体 温	摂氏34度以下	有	無		
	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) 毎分30以下である (5) 出血傾向が強くある	有 有 有 有 有	無 無 無 無 無		
	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・血性便がある	有 有 有	無 無 無		
	5 黄 疸	(1) 生後数時間以内に黄疸が出現 (2) 異常に強い黄疸	有 有	無 無		
	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	安 静 入 院      通 院      往 診 保育器の使用      酸素吸入      鼻腔栄養      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

指定養育医療機関の名称及び所在地

医師氏名

印