

養育医療意見書

フリガナ			性別	生年月日	
本人氏名			男・女	年 月 日	
住 所				出生の場所	
				(1)自院 (2)他院 (3)その他	
被保険者証の 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	単胎	アップ ガース コア
				双胎(胎)	
主たる症状 (1つ選択)	(1) 極小未熟児 (2) 呼吸障害 (3) 仮死・無酸素症 (4) 先天異常 (5) 感染症 (6) 重症黄疸 (7) その他				
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		(4) 呼吸数が毎分30以下	
		(2) チアノーゼ発作を繰り返す		(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		(3) 血性吐物・血便性がある	
	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 (2) 酸素吸入 (3) 人工呼吸器の使用 (4) 鼻こう栄養 (5) 輸 液 (6) 交換輸血 (7) 光線療法 (8) 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					
医療機関コード	□□□□□□□□				
指定養育医療機関の名称					
所 在 地					
担 当 医 師 氏 名 _____					

注意 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。