

都道府県番号	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	令和 年 月 日
-------------	--	----	-------	------	----------

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	(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 間 医 現 在 受 け て い る 療 症 経 状 の 過	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
---	-----------------------

現 在 受 け て い る 療 症 経 状 の 過	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 経 状 の 過	
-----------------------	--

上記のとおり診断する。
令和 年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

〒
TEL

医 師 氏 名 ㊞

	事務担当 者確認印
--	--------------