

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
-------------	--	----	-----	------	--------

在胎週数	(単胎 / 多胎 (胎))	出生時の体重	グラム
------	-------------------	--------	-----

症 状 の 概	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
		(1) 強度のチアノーゼ持続

医療機関に提出し、記入してもらってください。

	(1) 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	令和 年 月 日から 令和 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	
-------	--

上記のとおり診断する。
 令和 年 月 日
 指定医療機関の名称及び所在地
 〒
 電話番号
 医 師 氏 名

事務担当 者確認印
