

# 養 育 医 療 意 見 書

ふりがな					性別	生 年 月 日													
本人氏名					男・女	令和 年 月 日													
居住地																			
医療保険各法の 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	アプガー スコア	生後1分 点	出生の場所 (1)自宅 (2)他院 (3)その他												
主たる症状 (1つ選んでください)	(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・けいれん (2)運動異常																	
	2 体温	(1)摂氏34度以下																	
	3 呼吸器系 循環器系	(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 (5)出血傾向が強い												
	4 消化器系	(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												
	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	令和 年 月 日 から 令和 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																			
上記のとおり診断する。  令和 年 月 日  医療機関コード <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>  指定養育医療機関の名称  所在地  担当医師氏名 <span style="float: right;">⑩</span>																			

(注) 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。