

様式第3 (第6条関係)

| | | |
|-----|-----|---------|
| 県番号 | 点数表 | 医療機関コード |
| | | |

| 養 育 医 療 意 見 書 | | | | | |
|-----------------------|--|--|-----|--------|--------|
| 本人氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 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・痙れん (2) 運動異常 | | | |
| | 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、血性便がある | | | |
| | 5 黄疸 | (1) あり (強 ・ 中 ・ 弱) | | (2) なし | |
| | その他の所見 (合併症の有無等) | | | | |
| 診療期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | |
| 現在受けている療経過 | 安 静 入 院 通 院 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 指定医療機関の名称及び所在地 医 師 氏 名 | | | | |