

様式第3 (第3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
居住地				生年月日	年 月 日生
				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)				
期診察 予定 間定	年 月 日から 年 月 日まで				
医現在 受けて いる 療	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				
経症 状 過の					
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					
					事務担当 者確認印