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 | 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） |  |
| 診察予定期　　間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 現在受けている医　　　　　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 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |  |
|  | 事務担当者確認印 |