

県番号	点数表	医療機関コード

養 育 医 療 意 見 書

フリガナ 氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
-------------	--	----	-----	------	--------

在胎週数	(単胎 / 双胎(胎))	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)運動が異常に少ない
	2 体 温	(1)摂氏34度以下
	3 呼吸器 循環器	(1)強度のチアノ - ゼ持続 (2)チアノ - 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時間以上おう吐が持続 (3)血性吐物 -4 血性便がある
	5 黄だん	(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 期 療 予 定 間	年 月 日 から 年 月 日まで
-------------------	------------------

現 医 在 受 け て い る 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 経 状 の 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

〒  
電話

医 師 氏 名

印