

養 育 医 療 意 見 書				
乳 児	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
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 ・ けいれん (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) 強度のチアノーゼ持続 (4) 呼吸数が毎分30以下 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (5) 出血傾向が強い (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向		
	4 消 化 器	(1) 生後24時間以上排便がない (3) 血性吐物がある (2) 生後48時間以上嘔吐が持続 (4) 血性便がある		
	5 黄 疸	(1) 生後 () 時間に発生 (2) 異常に強い		
	そ の 他 の 所 見 (合併症の有無等)			
	診 療 予 定 期 間		年 月 日から 年 月 日まで	
現 在 受 け て い る 医 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 状 の 経 過				
上記のとおり診断する。 年 月 日 医 療 機 関 コ ー ド 名 称 指定養育医療機関 所在地 担当医師氏名				

- (注) 1 本意見書は、指定療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、指定療育機関の医事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。