

様式第2号(第5条関係)

養育医療意見書

ふりがな		性別	生年月日										
氏名		男・女	令和 年 月 日										
居住地													
出生時の体重	在胎週数	アプガースコア	出生の場所										
g	満 週 日 単胎・双胎( 胎)	生後1分 点 生後5分 点	(1) 自院 (2) 他院 (3) その他										
主たる症状 (1つ選んでください)	(1) 極小未熟児 (2) 呼吸障害 (3) 仮死・無酸素症 (4) 先天異常 (5) 感染症 (6) 重症黄疸 (7) その他												
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 呼吸器系 循環器系	(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 消化器系	(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) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い											
	その他の所見 (合併症等)												
診療予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで												
現在受けている医療	(1) 保育器の使用 (2) 酸素吸入 (3) 人工換気療法 (4) 経管栄養 (5) 持続静脈内注射 (6) その他の医療( )												
症状の経過 (転院の場合、転院を必要とする理由を記載ください)													
上記のとおり、診断する。 令和 年 月 日													
医療機関コード	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												
指定養育医療機関	所在地	_____											
	名称	_____											
	医師氏名	_____											
	医事課担当者	_____											

(注) ・ 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。  
 ・ 本意見書の交付にあたっては、医事担当者を經由してください。  
 ・ 医療機関コードは、必ず記入してください。