

養育医療意見書

ふりがな				性別	生 年 月 日										
本人氏名				男・女	年 月 日										
居住地															
医療保険各法の記号及び番号	記号			番号	社保		保 険 者 番 号								
					国保										
出生時の体重	g	在胎週数	満 週	アプガー スコア	生後1分 点	出生の場所									
						(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) 運動不足・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										
	4 消化器系	(1) 生後 24 時間以上排便がない			(3) 血性吐物・血性便がある										
		(2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続													
5 黄疸	(1) 生後数時間に発生 (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	(1) 保育器の使用 (2) 酸素吸入 (3) 人工呼吸器の使用 (4) 経管栄養 (5) 輸液 (6) 交換輸血 (7) 光線療法 (8) 持続静脈内注射 (9) 人工換気療法 (10) 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		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
指定養育医療機関の名称															
所在地															
電話番号															
担当医師氏名															

(注) 1 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。
 2 本意見書の交付にあたっては、指定養育医療機関の医事担当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。