

養育医療意見書

ふりがな				性別	生年月日								
未熟児氏名				男・女	年月日								
居住地													
被保険者等の 記号・番号	記号		番号		社保	保険者の番号							
					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 (5)感染症		(2)呼吸障害 (6)重症黄疸		(3)仮死・無酸素症 (7)その他							
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動異常											
	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 (2) チアノーゼ発作を繰り返す。 (3) 呼吸回数が毎分 50 以上で増加傾向		(4) 呼吸回数が毎分 30 以下 (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。 (2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続		(3) 血性吐物又は血性便がある。									
	5 黄疸	有 [生後 () 時間に発生]	・無	強度	強・中・弱								
	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 (5)輸液		(2)酸素吸入 (6)交換輸血		(3)人工呼吸器の使用 (7)光線療法 (4)鼻こう栄養 (8)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		<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> </tr> </table>											
指定養育医療機関の名称													
所在地													
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 本意見書の交付に当たっては、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。

