

様式第2（第5条関係）

県番号	点数表	医療機関コード

養 育 医 療 意 見 書			
本人氏名		性別 男・女	生年 月日 令和 年 月 日
居住地		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) 運動異常	
	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 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (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時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物、血性便がある	
	5 黄疸	(1) あり（強・中・弱） (2) なし	
	その他の所見 (合併症の有無等)		
診療 期間 予定	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
現在 受けて いる 医療	安 静 入 院 通 院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療		
症 状 の 経 過			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 指定養育医療機関の名称及び所在地 医 師 氏 名 印			

※「事務担当者確認印」欄は、医療機関の事務担当者にて押印ください。  
備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

事務担当 者確認印
--------------