

### 養育医療意見書

本人 (受給者)	ふりがな				性別	男・女		
	氏名				生年月日	年 月 日		
	居住地							
加入 保険	保険者名							
	記号			番号				
	被保険者氏名							
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つ選択)		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・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. 鼻こう栄養 5. 輸液 6. 交換輸血 7. 光線療法							
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 医療機関名称 所在地 担当医師氏名								

印

- (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、医療機関コードについては必ず記入してください。