

養育医療給付意見書							
ふりがな			男・女	生年	年	月	日
氏名				月日			
在胎週数		週（単胎/双胎（胎））		出生時の体重		グラム	
症 状 の 概 要	1 一般 状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動が異常に少ない					
	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 時間以上排便が無い (2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物がある (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	保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 その他の医療						
症状の 経過							
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号 医師氏名							