

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							
在 胎 週 数	満 週 (単胎/双胎 (胎))	※ 出生時の体重	グラム							
出 生 時 の 場 所	(1) 自院 (2) 他院 (3) その他	ア プ ガ ー ス コ ア	生後1分 点							
主 たる 病 状 (1つ選んで下さい)	(1) 極小未熟児 (2) 呼 吸 障 害 (3) 仮死・低酸素症 (4) 先天異常 (5) 感 染 症 (6) 重 症 黄 疸 (7) そ の 他 ()									
※出生時の体重が2,000gを超える場合、症状の概要1～5のいずれかに丸がないと給付決定できません。										
※ 症 状 の 概 要	1 一 般 状 態	(1) 運動不安・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 循 環 器	(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 (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向								
	4 消 化 器	(1) 生後24時間以上排便がない (3) 血性吐物がある (2) 生後48時間以上嘔吐が持続 (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	(1) 保 育 器 の 使 用 (2) 酸 素 吸 入 (3) 人 工 換 気 療 法 (4) 経 管 栄 養 (5) 持 続 静 脈 内 注 射 (6) 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><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 指定医療機関の名称 所 在 地 担 当 医 師 氏 名										

事務確認欄	確認日	確認欄