

第3号様式（第3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				出生体重	g
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (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	生後数時間以内に現れるか、異常に強い黄疸のあるもの			
	その他の所見 (合併症の有無等)				
診 療 予 定 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで				
現在受けている医療	入 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					
指定医療機関の名称及び所在地					
医 師 氏 名					印

医療機関
事務担当
者確認印