

養育医療給付意見書			
ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日
氏名			
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	運動不安・痙攣 運動が異常に少ない	
	2 体温	摂氏 34 度以下	
	3 呼吸器 循環器	強度のチアノーゼ持続 チアノーゼ発作を繰り返す 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向 呼吸数が毎分 30 以下 出血傾向が強い	
	4 消化器	生後 24 時間以上排便が無い 生後 48 時間以上嘔吐が持続 血性吐物がある 血性便がある	
	5 黄疸	生後数時間以内に発生 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 注		
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			

注) 養育医療の給付期間は1歳の誕生日の前々日までです。

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(自署又は記名捺印)

経由保健所 長の意見	
---------------	--