

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)