

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
※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 器 循 環	(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 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