第2号様式

県番号	点数表	医療機関コード

養育医療意見書

ふりがな		男・女	生年月日	
氏名				
在胎週数	（ 単胎 ／ 双胎 （ 胎)）		出生時の体重	グラム

・出生時の体重が2,001グラム以上の場合は、原則として下記1～5のいずれかに該当していることが必要です。
・該当する項目に☑を付けてください。

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時間以上排便がない □ 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 ※最長で、1歳の誕生日の前々日までを対象とします。
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	

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

医師氏名

（事務担当者氏名： 連絡先電話番号： ）