

養育医療給付意見書									
ふりがな				性別	男・女	生年月日	年 月 日		
氏名									
在胎週数		(単胎/双胎 (胎))			出生時の体重		グラム		
症	一般状態	運動不安 痙攣がある 運動が異常に少ない 正常							
	体温	度							
状	呼吸器系	チアノーゼ	持続 (強 中 弱) チアノーゼ発作を繰り返す 無						
		呼吸数	毎分 () 回 増加の傾向 (有 無)						
	出血傾向	有 (強 中 弱) 無							
の	消化器系	嘔吐	有 (生後 日以上持続) 無						
		吐物	有 (血性 その他) 無						
	排便	生後 24 時間以内の排便 (有 無)							
	便の性状	正常 血性便 その他 ()							
	黄疸	有 (生後 時間に発生)		無		強度	強 中 弱		
概	Apgar Score								
	(体重が2,000グラム以上の場合) 身体の発達が未熟であると判断した根拠								
	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	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									
医療機関名 所在地 医師氏名 印									