

<b>養育医療給付意見書</b>										
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 (      )				
概	黄 疸	有 (生後      時間に発生)		無		強度	強 中 弱			
	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  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>医療機関名 所在地 医師氏名</span> <span>印</span> </div>										