

養育医療意見書

年 月 日

(あて先)京都市長

医療機関コード ()

指定養育医療機関
郵便番号
所在地

名 称
電話番号
担当医師氏名

下記のとおり診断します。

フリガナ							
氏 名		性別	男・女	生 年 月 日		年 月 日	
在胎週数	(単胎/双胎 (胎))			出生時の体重	グラム		
症 状 の 概 要	2001グラム以上の場合は下記1~5の症状のいずれかに該当していることが給付条件です						
	1	一般状態	(1) 運動不安又はけいれんがある。 (2) 運動が異常に少ない。				
	2	体 温	(1) 体温が摂氏34度以下である。				
	3	呼 吸 器 循 環 器	(1) 強度のチアノーゼが持続する。 (2) チアノーゼ発作を繰り返す。 (3) 呼吸数が毎分50を超えて増加の傾向にある。 (4) 呼吸数が毎分30以下である。 (5) 出血傾向が強い。				
	4	消 化 器	(1) 生後24時間以上排便がない。 (2) 生後48時間以上おう吐が持続している。 (3) 血性吐物又は血性便がある。				
	5	黄 だ ん	(1) 生後数時間以内に現れる。 (2) 異常に強い黄疸がある。				
6	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						
治療費概算額	円						
現在受けている医療	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> その他の医療						
症状の経過							

注 該当する□には、レ印を記入してください。

この意見書は必ず医療機関の事務担当者に確認してもらってください

確認欄