

養育医療意見書(初回・継続・転院)

| | | | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|
| ふりがな 氏名 | | 男・女 | 生年 月日 | 年 月 日 |
| 居住地 | | 出生時の体重 | グラム | |
| 症状の概要 (該当する□に ✓印を記入すること。) | 一般状態 | <input type="checkbox"/> 運動不安・痙攣 <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない | | |
| | 体温 | <input type="checkbox"/> 摂氏34度以下 | | |
| | 呼吸器 循環器 | <input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い | | |
| | 消化器 | <input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続 <input type="checkbox"/> 血性吐物・血性便がある | | |
| | 黄疸 ^{だん} | <input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> 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 | 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 | | | | |
| 養育医療に要する概算額 | | | | |
| 上記のとおり診断する。 年 月 日 指定養育医療機関の所在地及び名称 担当医師氏名 | | | | |

注意事項

- 1 継続申請の場合には、症状の概要以下の欄については、養育医療を継続する必要があると認められた時点での状況を記入することとし、症状の経過欄に継続を必要とする理由とその時点での体重をあわせて記入すること。
- 2 転院申請の場合には、症状の概要以下の欄については、転院を必要とする時点での状況を記入することとし、症状の経過欄に、転院を必要とする理由とその時点での体重をあわせて記入すること。