

養育医療意見書

ふりがな					性別	生年月日															
本人氏名					男・女	年 月 日															
居住地																					
加入医療保険の記号及び番号	記号				番号	社保		保険者の番号													
						国保															
出生時の体重	g	在胎週数	満 週	アプガー スコア	生後1分 点	出生の場所															
						(1)自院 (2)他院 (3)その他															
主たる症状 (1つ選んでください)	(1)極小未熟児 (5)感染症		(2)呼吸障害 (6)重症黄疸		(3)仮死・無酸素症 (7)その他		(4)先天異常														
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1)運動不安・けいれん (2)運動異常																			
	2 体温	(1)摂氏34度以下																			
	3 呼吸器系 循環器系	(1)強度のチアノーゼ持続 (2)チアノーゼ発作を繰り返す (3)呼吸数が毎分50以上で増加傾向				(4)毎分30以下 (5)出血傾向が強い															
	4 消化器系	(1)生後24時間以上排便がない (2)生後48時間以上嘔吐が持続				(3)血性吐物・血性便がある															
	5 黄疸	有 [生後()時間に発生]		・無		強度		強・中・弱													
	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	(1)保育器の使用 (5)輸 液		(2)酸素吸入 (6)交換輸血		(3)人工呼吸器の使用 (7)光線療法		(4)鼻こう栄養 (8)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																					
医療機関コード				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																	
指定養育医療機関の名称																					
所在地																					
担当医師氏名																					

(注) 1 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。
 2 本意見書の交付にあたっては、指定養育医療機関の医事担当課を経由してください。
 その際、医療機関コードについては、必ず記入してください。
 3 入院治療を受け始めてから3週間以内（退院後は手続できません）に、保護者による手続が必要です。
 2ヶ月を超えて申請手続をした場合、原則として2ヶ月以前に受けた治療に対する医療給付は認められません。