

養育医療意見書

対象者	フリガナ氏名		性別		生年月日	年 月 日
	在胎週数	週(単胎/双胎(胎))	出生時の体重		グラム	
	住所	京都府相楽郡精華町				
症状の概要	1 一般状態	(1) <input type="checkbox"/> 運動不安 <input type="checkbox"/> 痙攣 (2) <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない				
	2 体温	(1) <input type="checkbox"/> 摂氏34度以下				
	3 呼吸器循環器	(1) <input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 (2) <input type="checkbox"/> チアノーゼ発生を繰り返す (3) <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 (4) <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下 (5) <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い				
	4 消化器	(1) <input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない (2) <input type="checkbox"/> 生後48時間以上、嘔吐が持続 (3) <input type="checkbox"/> 血性吐物がある (4) <input type="checkbox"/> 血性便がある				
	5 黄疸<だん>	(1) <input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 (2) <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		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで				
現在受けている医療	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				
	その他の医療					
症状の経過						

上記のとおり診断する。

年 月 日

指定養育医療機関

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名 称

〒

所 在 地

電 話 番 号

診療報酬担
当部署確認
印

意見書作成医師

氏 名

(印)

届出の委任状

保護者でない者が申請書を提出する場合は、委任状が必要です。

〈保護者〉
保護者住所

私は、精華町養育医療券交付(再交付)申請書の提出を下記の者に委任します。

保護者氏名 _____

代 理 人	氏名 (委任者から見た続柄 _____)
-------------	------------------------------