

# 養育医療意見書

1 新規 2 継続

乳児氏名		にのみや たろう <b>二宮 太郎</b>		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	<b>令和4年4月1日</b>	
居住地		<b>二宮町二宮961番地</b>				出生時の体重	<b>1900</b> g	
症状の概要	一般状態	(1) 運動不安・けい攣 (2) 運動異常						
	体温	(1) 摂氏 34度 以下						
	呼吸器	(1) 強度						
	循環器	(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						
	消化器	(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						
	黄疸	(1) あり（強・中・弱）						
その他の所見 (合併症の有無等)								
診療予定期間 (継続診療予定期間)		<b>令和4年4月1日</b>			から	<b>令和4年6月1日</b>		
現在受けている医療		<input checked="" type="checkbox"/> 安静 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 通院 <input checked="" type="checkbox"/> 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療						
症状の経過 (継続診療の理由)		※入院をしていることが必須条件です。						
上記のとおり診断する。								
		<b>令和4年4月5日</b>						
医療機関の 名称及び所在地		独立行政法人 <input checked="" type="checkbox"/> × 病院 平塚市 <input checked="" type="checkbox"/> × 12-31						
医師氏名		<b>〇〇 × ×</b>						

※出生時の体重が2000gを超えている場合は、【症状の概要欄】を必ず記入してください。

※診療予定期間で医療給付期間が決まりますので、必ず記入してください。

※入院をしていることが必須条件です。