

養育医療継続協議書

令和 年 月 日

芦屋市長宛

指定養育医療機関の名称

及び 所 在 地 _____

電 話 番 号 _____

担 当 医 師 氏 名 _____

印

公費負担者番号			既承認 期間	令和 年 月 日 から
医療受給者番号				令和 年 月 日 まで
フリガナ			男・女 生年 月日	令和 年 月 日 生
受療者の氏名				
申請者の氏名			住所	
出生時の体重	グラム	現在の体重	グラム	
現在の症状	1 一般状態	(1) 運動不安又は痙攣がある (2) 運動が非常に少ない		
	2 体温	(1) 摂氏34度以下		
	3 呼吸器	(1) 強度のチアノーゼ持続 (2) チアノーゼ発作を繰り返す		
	循環器	(3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分30以下 (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時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある		
	5 黄疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い		
	その他の所見 (合併症の有無等)			
今後必要とする 診療予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
現在まで実施 していた医療				
継続を要する 具体的理由				