

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    .....⑨

公費負担者番号		既承認 期間	令和    年    月    日 から 令和    年    月    日 まで	
医療受給者番号				
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 3 4 度以下		
	3 呼 吸 器 循 環 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 (3) 呼吸数が毎分 5 0 以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分 3 0 以下 (5) 出血傾向が強い		
	4 消 化 器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない (2) 生後 4 8 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				