

第4号様式（第5条関係）

長岡市 記載欄	当初診療 予定期間	. . . ~ . . .	階層区分	階層
			徴収基準月額	円

養育医療継続協議書				
受給者番号		被保険者証等の 記号及び番号		保険者名
ふりがな			生年月日	年 月 日
氏 名				
居 住 地			出生時の体重	グラム
			現在の体重	グラム
症状の概要	1 一 般 状 態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動異常		
	2 体 温	・ 摂氏 34 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 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	(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	(1) あり（強・中・弱） (2) なし		
	その他の所見 (合併症の有無等)			
	現在まで実施し ていた医療	安静 入院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療		
今後必要とする 医療				
今後必要とする 期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）			
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関の名称 及び所在地 医 師 氏 名 科				