

(様式第7号) (第11条関係)

須坂市養育医療給付継続協議書

年 月 日

(あて先) 須坂市長

医療機関名

医師名

印

次のとおり協議 します。養育医 療給付日		既承認期間	年 月 日～ (年 月 日 日間)
ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	年 月 日生
居住地			
出生時の体重 g	現在の体重 g	出生時体重と 現在体重の差 g	
現 在 の 症 状	1 一般状態	運動異常	
	2 体 温	摂氏34°以下	
	3 呼 吸 器 循 環 器	(1) チアノーゼ (ア) 持続 (イ) 断続 (間けつ期の皮膚の色① 正常 ② 蒼白又は赤黒い) (ウ) 無 (2) 呼吸数毎分 () 回 呼吸数増加の傾向 (養育医療意見書作成当時との比較) 有・無	
	4 消 化 器	(1) 嘔吐 有 (①血性 ②その他 ())・無 (2) 便の性状 ① 正常便 ② 血性便 ③ 粘土様無汁便 ④ その他 ()	
	5 黄 疸 だん	(1) 有 (強・中・弱)・無	
	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			
今後必要とする 医 療			
今後必要とする 診療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		