

養育医療継続協議書

年 月 日

東広島市長 様

医療機関の名称及び所在地

郵便番号

電話番号

医師氏名

次のとおり（期間変更・継続）の必要があるので、東広島市未熟児養育医療実施要綱第7条第3項の規定により協議します。

公費負担者番号	23346117	既承認期間		年 月 日 から	
医療受給者番号				年 月 日 まで	
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名					
居住地	東広島市				
出生時の体重 グラム		現在の体重 グラム		出生時体重と現在体重の差 グラム	
現在の 症状	1 一般状態	(1) 運動が異常に少ない			
	2 体温	(1) 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) 呼吸回数毎分 () 回 呼吸回数増加の傾向（養育医療意見書作成当時との比較） 有・無			
	4 消化器	(1) 血性吐物がある (2) 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					
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	