

世 帯 調 書

| 申請者氏名 | | | | | 本人氏名 | | | | | | | |
|------------|---------------|----|----|------|-------------|-----------------|-------------|-----------|--|--|--|--|
| 児童の属する世帯構成 | (1) 世帯構成員名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業 (勤務先) | (2) 階層 区分 | (3) 所得税額 | (4) 備考 | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | (5) 世帯外扶養義務者 | 氏名 | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | |

養育医療意見書

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------|---|------|------------------|-------------|------------------|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな | | | | 性別 | 生 年 月 日 | | | | | | | |
| 氏 名 | | | | 男・女 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 居 住 地 | | | | 出 生 の 場 所 | | | | | | | | |
| | | | | 1 自院 | 2 他院 | 3 その他 | | | | | | |
| 出生時の体重 | | g | 在胎週数 | 満 週 | アプガー スコア | 生後1分 点 生後5分 点 | | | | | | |
| 症 状 の 概 要 | 1 一般状態 | 1 運動不安・けいれんがある。 2 運動が異常に少ない。 | | | | | | | | | | |
| | 2 体 温 | 1 摂氏34度以下 | | | | | | | | | | |
| | 呼吸器 | 1 強度のチアノーゼが持続している。 | | 4 呼吸数が毎分30以下である。 | | | | | | | | |
| | 3 循環器 | 2 チアノーゼ発作を繰り返す。 | | 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。 | | 3 血性吐物・血性便がある。 | | | | | | | | |
| | 5 黄 疸 | 有 [生後()時間に発生] ・ 無 | | 強度 | 強・中・弱 | | | | | | | |
| その他の所見 (合併症の有無等) | | | | | | | | | | | | |
| 診療予定期間 | | 年 月 日 から | | 年 月 日まで(予定) | | | | | | | | |
| 現 在 受 け て い る 医 療 | | 1 保育器の使用 | | 2 酸素吸入 | | 3 人工呼吸器の使用 | | | | | | |
| | | 4 鼻くう栄養 | | 5 輸液 | | 6 交換輸血 | | | | | | |
| | | 7 光線療法 | | 8 注射その他の医療 | | | | | | | | |
| 症状の経過 | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断します。 | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード | | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 指定養育医療機関 | | 所在地 | | | | | | | | | | |
| | | 名 称 | | | | | | | | | | |
| | | 医師氏名 (印) | | | | | | | | | | |

注意

- 1 本意見書の交付に当たっては、医事担当者を経由してください。
- 2 医療機関コードは、必ず記入してください。