

## 養育医療継続協議書

年 月 日

呉市保健所長 様

医療機関名

医 師 名

つぎのとおり協議（期間変更・継続）します。

養育医療券番号		既承認期間								
		年 月 日～				年 月 日 ( 日間)				
ふりがな				性別	男・女	生年月日	年 月 日生			
氏名										
居住地	呉市						出生時の体重 g			
現	一般状態	体温	最高 ( ) 度 最低 ( ) 度		現在の体重		g			
		運動	・正常 ・異常に少ない		出生時体重と現在体重の差		g			
在	呼吸器系	チアノーゼ	・持続している ・継続している (間けつ期の皮ふの色 1 正常 2 白または赤黒い) ・無							
		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)							
の	消化器系	嘔吐	・有 1 血性 2 その他 ( ) ・無							
		便の性状	1 正常便 2 血性便 3 粘土様無胆汁便 4 その他 ( )							
		黄疸	有 ・ 無		強 度		強・中・弱			
症	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)										