

始良市養育医療内容変更申請書					
医療券に記載されている受給者番号					
受療者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
保護者氏名		住所	電話 () -		
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	(1) 摂氏 3 4 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 5 0 以上で増加傾向 (4) 毎分 3 0 以下 (5) 出血傾向が強い			
	4 消化器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない (2) 生後 4 8 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)				
医 療 の 内 容		保育器の使用	酸素吸入	鼻腔栄養	注射その他の医療
変 更 内 容	項 目	変 更 前		変 更 後	
	診 療 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
	そ の 他 の 変 更 (転院等)				
変更 (継続・転院) の理由 (症状の経過等)					
上記のとおり診断します。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">医療機関の名称及び所在地 医師氏名</div>					
上記のとおり申請します。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">申請者 住所 氏名</div>					