

様式第6号（第7条関係）

養育医療継続協議書

年 月 日

尾道市長 様

医療機関名

医 師 名

印

次のとおり協議（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	尾道市				
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	(1)運動異常			
	2 体温	(1)摂氏 34 度以下			
	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)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)		