

養育医療意見書				
ふりがな		男・女	生年	年 月 日
氏名			月日	年 月 日
在胎週数		(単胎/双胎 (胎))		出生時の体重 グラム
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 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) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分30以下 (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 (2) 生後48時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある		
	5 黄疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い		
	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		
現在受けている医療		保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 その他の医療		
症状の経過				
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定養育医療機関の名称 所在地 郵便番号 電話番号 医師の氏名 印				

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。

注2 医師名の欄は、記名し押印することに代えて、署名することができる。