

様式第3号（第3条関係）

養育医療意見書					
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏 名					
居 住 地				出生時の体重	g
				在胎週数	週
症 状 の 概 要	1 一 般 状 態	(1) 運動不安 けいれん (2) 運動異常			
	2 体 温	(1) 摂氏 34 度以下			
	呼 吸 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			
	循 環 器				
	4 消 化 器	(1) 生後 24 時間以上排便がない (2) 生後 48 時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物、血性便がある			
	5 黄 だ ん	(1) あり (強・中・弱) (2) なし			
	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	安静 入院 通院 保育器の使用 酸素吸入 鼻こう栄養 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 医療機関の名称及び所在地 医師氏名 ⑩					

備考 指定養育医療機関を転院する場合は、「症状の経過欄」へ転院を必要とする理由を記載して下さい。