

様式第2号（第5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						
住所				出生時の体重	グラム	
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				
	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時間以上おう吐が持続 (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)					
	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 鼻腔栄養 注射その他の医療					
症状の経過						

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定養育医療機関の名称及び所在地

担当医師の氏名