

第2号様式（第3条関係）

医療機関コード									
養育医療意見書									
ふりがな					男・女	生年月日	年 月 日		
氏名									
居住地		〒				血液型			
出生時の体重		グラム	在胎週数	(単胎 / 双胎 (胎))					
概 要 状 況 の 症	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない							
	2 体温	(3) 摂氏34度以下 最高 () 度 ・ 最低 () 度							
	3 呼吸器循環器	(1) 強度のチアノーゼ特続 (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 毎分 () 回 (4) 呼吸数が毎分30以下 毎分 () 回 (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 便の性状 ()							
	5 黄だん	(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									
上記のとおり診断します。									
年 月 日									
指定養育医療機関 所在地									
名 弥									
医師名									
電 話									
								○	
								事務担当者 確認印	