

様式第2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					
住所地				出生時の体重	g
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (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) 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・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			治療に要する医療費見込額	円
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 担当医師氏名 印					