

様式第3号(第3条関係)

養育医療意見書

ふりがな				
氏名		男・女	生年月日	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・けいれん (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				
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関 郵便番号 所在地 名称 電話番号 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>				