

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
本人氏名					
居住地	〒 -			出生時の体重	グラム
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	
	その他意見 (合併症の有無等)				
診療予定期間	自 年 月 日 至 年 月 日				
現在までに受けた医療	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					
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関名 及び所在地 医 師 氏 名</p>					