

様式第3号（第3条関係）

養育医療意見書			
ふりがな		男・女	生年月日
氏名			年月日
居住地			
出生時の体重	g	(注) 2,001g以上の場合は、下記いずれかの症状を有していることが養育医療の給付条件です。	
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 最高()度・最低()度	
	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 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 <small>おう</small> が持続 (3) 血性吐物・血性便がある 便の性状()	
	5 黄疸 <small>たん</small>	(1) 生後数時間内に発生 (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 人工喚気療法 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>年月日</p> <p>指定養育医療機関 名称および所在地</p> <p>電話番号</p> <p>医師名</p>			

注1 医師の氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。