

## 養育医療意見書

乳 児	フリガナ		性 別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所				
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 (4) 呼吸数が毎分30以下 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (5) 出血傾向が強い (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向			
	4 消 化 器	(1) 生後24時間以上排便がない (3) 血性吐物がある (2) 生後48時間以上嘔吐が持続 (4) 血性便がある			
	5 黄 疸	(1) 生後 ( ) 時間に発生 (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					
上記のとおり診断する。					
年 月 日					
医療機関コード					
指定養育医療機関		名称			
		所在地			
		担当医師氏名			
(印)					

(注) 1 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。  
 2 本意見書の交付にあたっては、指定養育機関の医事課を経由してください。  
 その際、医療機関コードについては、必ず記入してください。