

養育医療意見書			
ふりがな 氏名		男・女	生年月日 年 月 日
居住地			
出生時の体重	グラム	(注) 2,000グラムを超える場合は、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時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある 便の性状()	
	5 黄疸 ^{だん}	(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 酸素吸入 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			
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定養育医療機関 名称 所在地 電話番号 医師氏名			

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。