

様式第2号（第5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	〒		血液型
出生時の体重	グラム	(注) 2,001グラム以上の場合は、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) 運動不足・けいれん (2) 運動異常	
	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) 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	(1) あり(強・中・弱) 生後()時間に発生	
	その他の所見 (合併症の有無等)		
診察予定期間	年 月 日から 年 月 日		
現在受けている医療	安静 入院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 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 所在地</p> <p>名称</p> <p>医師名</p>			

印

注1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。

注2 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。