

様式第3号（第4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
氏名					
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	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) 呼吸数が毎分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 <small>おう</small> が持続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある			
	5 黄疸 <small>たん</small>	(1) 生後数時間以内に発生 (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					
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号 医師 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>					

注 症状の概要の欄等は、該当箇所を○で囲んでください。