

様式第2号（第5条関係）

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) 2,001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。		
概 要 の 状 況	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) 強度のチアノーゼ特続 (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	(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 名称及び所在地</p> <p>郵便番号</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。