

養 育 医 療 意 見 書					
ふりがな			男・女	生年 月日	年 月 日
氏 名					
住 所					
在胎週数		週 (単胎／双胎／胎)	出生時 の体重	グラム	2,001 グラム以上の 場合は、下記いずれ かの症状等を有する ことが要件です。
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 3 4 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 5 0 以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分 3 0 以下 (5) 出血傾向が強い			
	4 消 化 器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない (2) 生後 4 8 時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある			
	5 黄 疸	(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					
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定養育医療機関 郵便番号 所在地 名称 電話番号 医師氏名 印					