

様式第2号（第4条関係）

養育医療意見書（新規・継続）

児の氏名				性別		生年月日	年月日	
住所								
出生時の体重		g	在胎週数	満週	アプガースコア	生後1分点 生後5分点	出生時の場所 自院・他院・その他	
出生時の体重が2,000gを超える場合の未熟性に係る所見		生活力が特に薄弱であると認められるか					はい	いいえ
主たる病状 (いずれか一つを選択)		極小未熟児 呼吸障害 仮死・無酸素症 先天異常 感染症 重症黄疸 その他()						
症 状 の 概 要	1 一般状態	運動不安・痙攣 運動異常						
	2 体温	摂氏34度以下						
	3 呼吸器 循環器	強度のチアノーゼが持続 チアノーゼ発作を繰り返す			呼吸数が毎分30以下 出血傾向が強い			
	4 消化器	生後24時間以上排便がない 生後48時間以上嘔吐が持続			血性吐物・血性便がある			
	5 黄疸	有(強・中・弱)〔生後()時間に発生〕					無	
	その他所見 (合併症の有無等)							
	診療予定期間		診療開始(継続)日			年月日		
		診療終了見込日			年月日			
現在受けている医療		保育器の使用 酸素吸入 人工呼吸器の使用 鼻腔栄養 輸液 交換輸血 光線療法 注射その他医療						
症状の経過等参考事項								
上記のとおり診断します。 年月日 指定養育医療機関 の名称及び所在地 担当医師の氏名 印								