

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	
居住地						
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	出生時の場所 自院・他院・その他
					生後5分点	
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
主たる病状 (いずれか一つを選択)		<input type="checkbox"/> 極小未熟児 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 仮死・無酸素症 <input type="checkbox"/> 先天異常 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 重症黄疸 <input type="checkbox"/> その他()				
症状の概要	1 一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安・痙攣 <input type="checkbox"/> 運動異常				
	2 体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下				
	3 呼吸器 循環器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向				
	4 消化器	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 血性吐物・血性便がある <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続				
	5 黄疸	<input type="checkbox"/> 有(強・中・弱)[生後()時間に発生] <input type="checkbox"/> 無				
	その他の所見 (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	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 注射その他の医療					
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 担当医師の氏名						