

別記様式第3号（第3条関係）

養育医療意見書			
ふりがな		男・女	生年 年 月 日
氏名			月 日
居住地	〒		血液型
出生時の体重	グラム	(注) 2,001グラム以上の場合、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。	
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不足・けいれん (2) 運動異常	
	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 毎分( )回 (4) 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) あり(強・中・弱) 生後( ) 時間に発生	
	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	安静 入院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 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 所在地 名称 医師名 <span style="float: right;">㊟</span></p>			

注 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。