

養育医療意見書				
ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
氏名				
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。		
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				
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定養育医療機関 所在地 名称 医師名 ⑩				

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。

2 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。