

医療機関で記入してもらってください。

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 月日	年 月 日
氏 名				
在胎週数	(単胎／双胎 (胎))		出生時の体重	グラム
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1)運動不安・痙攣 (2)運動が異常に少ない		
	2 体温	(1)摂氏 34 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 50 以上で増加傾向 (4)呼吸数が毎分 30 以下 (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)血性吐物がある (4)血性便がある		
	5 黄疸	(1)出生数時間以内に発生 (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	平成 年 月 日 から 平成 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 医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号 医師氏名				