

様式第2号（第2条関係）

養育医療意見書						
ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名						
住所地				出生時の体重	g	
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 ^{けいれん} (2) 運動異常				
	2 体温	(1) 摂氏34度以下				
	3 呼吸器	(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 ^{おう} が持続 (3) 血性吐物・血性便がある				
	5 黄疸 ^{だん}	(1) あり（強・中・弱） (2) なし				
	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	安静入院通院 保育器の使用 酸素吸入 ^{くう} 鼻腔栄養 注射その他の医療				治療に要する医療費見込額	円
症状の経過						
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関 所在地 名 称 担当医師氏名</p>						