

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				
④				

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。