

様式第 2 号(第 4 条、第 5 条関係)

養育医療給付意見書				
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) 運動不安又はけいれんがある。 (2) 運動が異常に少ない。		
	2 体温	(1) 摂氏 3 4 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 5 0 以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分 3 0 以下 (5) 出血傾向が強い。		
	4 消化器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない。 (2) 生後 4 8 時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物がある。 (4) 血性便がある。		
	5 黄だん	(1) 生後数時間以内に発生 (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	年 月 日から 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				
上記のとおり診断する。 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 ※ (※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。)				