

養育医療意見書

平成 年 月 日

医療機関名および所在地

担当医師氏名 ⑩

養育医療の給付を受けようとする乳児について、下記のとおり診断します。

ふりがな		性別	男・女	生年月日	平成 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・けいれん (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する。 (3) 血性吐物がある。 (4) 血性便がある。
	5 黄疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い。
	6 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	
-------	--

(注) 性別、症状の概要及び現在受けている医療については該当するものに○をし、その他に該当するときはその内容を記載すること。