

様式第2号(第3条関係)

養育医療意見書							
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年	月 日生	
氏名							
住所							
在胎週数	週	日	出生時の体重	g	出生子数	単・双・多	
症 状 の 概 要	一般状況	体 温	1 安定している 2 不安定	哺乳力	1 正常	2 低下	
		体 動	1 活発である 2 不活発	痙 攣	1 なし	2 あり	
		筋 緊 張	正常・異常（1 亢進 2 低下）				
	循環器系	チアノーゼ	なし・あり（1 継続している 2 持続している）				
	呼吸器系	呼吸状態	正常・異常（1 無呼吸発作 2 多呼吸 3 呻吟 4 陥没呼吸）				
	消化器	生後24時間以上の排便の有無（1 有 2 無）					
		生後48時間以上の嘔吐の持続（1 有 2 無）					
		血性吐物の有無（1 有 2 無）					
		血性便の有無（1 有 2 無）					
	黄疸	なし・あり（強・中・弱、生後〔 〕時間に発生）					
その他の所見・症状の経過							
現在受けている医療	1 保育器の使用 2 鼻腔栄養 3 酸素吸入 4 人工呼吸 5 光線療法 6 注射その他の医療						
診療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで						
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 _____</p> <p>指定養育医療機関</p> <p>名 称 _____</p> <p>医 師 氏 名 _____ (印)</p>							