

様式第2号（第5条関係）

養育医療意見書（新規・継続）							
児 の 氏 名				性別		生年月日	年 月 日
出 生 時 の 体 重		g	在 胎 週 数	満 週	アプガー スコア	生後1分 点 生後5分 点	出 生 時 の 場 所 自院・他院・その他
出生時の体重が 2,000 g を 超 え る 場 合 の 未 熟 性 に 係 る 所 見			生活力が特に薄弱であると認められるか ☐ はい ☐ いいえ 上記診断に係る所見				
主 た る 病 状 (いずれか一つを選択)			☐ 呼吸障害 ☐ 仮死・無酸素症 ☐ 先天異常 ☐ 感染症 ☐ 重症黄疸 ☐ その他 ()				
症 状 の 概 要	1 一般状態		☐ 運動不安・痙攣 ☐ 運動異常				
	2 体 温		☐ 摂氏 34 度以下				
	3 呼吸器 循環器		☐ 強度のチアノーゼ持続 ☐ 呼吸数が毎分 30 以下 ☐ チアノーゼ発作を繰り返す ☐ 出血傾向が強い ☐ 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向				
	4 消化器		☐ 生後 24 時間以上排便がない ☐ 血性吐物・血性便がある ☐ 生後 48 時間以上嘔吐が持続				
	5 黄 疸		☐ 有（強・中・弱）〔生後（ ）時間に発生〕 ☐ 無				
	そ の 他 所 見 (合併症の有無等)						
診 療 予 定 期 間			診 療 開 始 （ 継 続 ） 日			年 月 日	
			診 療 終 了 見 込 日			年 月 日	
現 在 受 け て い る 医 療			☐ 保育器の使用 ☐ 酸素吸入 ☐ 人工呼吸器の使用 ☐ 鼻腔栄養 ☐ 輸液 ☐ 交換輸血 ☐ 光線療法 ☐ 注射その他の医療				
症 状 の 経 過 等 参 考 事 項							
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定養育医療機関 の名称及び所在地 担当医師の氏名							