

様式第3号(第3条関係)

| 養育医療意見書 | | | | | |
|---------------|---------------------|--|-----|----------|-------|
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年 月日 | 年　月　日 |
| 居住地 | | | | 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) 運動異常 | | | |
| | 2.体温 | 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) 每分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時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある | | | |
| | 5.黄疸 | (1) あり(強・中・弱) (2) なし | | | |
| | その他の所見 (合併症の有無等) | | | | |
| | 診察予定期間 | | | | |
| 現在受けて いる医療 | | | | | |
| 病状の経過 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 医師氏名 | | | | | |
| 印 | | | | | |