

様式第2号（第3条関係）

養育医療意見書（新規・継続）						
ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日	
乳児の氏名						
出生時の体重	g	在胎週数	満週 単胎/双胎 ( )胎	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2,000g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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> 極小未熟児 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 仮死・無酸素症 <input type="checkbox"/> 先天異常 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 重症黄疸 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
症 状 の 概 要	1 一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安・痙攣 <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない				
	2 体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下				
	3 呼吸器 循環器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向				
	4 消化器	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 血性吐物がある <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続 <input type="checkbox"/> 血性便がある				
	5 黄疸	<input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> 異常に強い				
	その他の所見 (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		<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 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 名 称 郵便番号 所在地 電話番号 担当医師の氏名						