

様式第2号（第4条、第10条関係）

養育医療意見書（新規・継続）						
ふ 本 り 人 が 氏 な 名		性別	男・女	生年月日		
居 住 地						
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	出生時の場所 自院・他院・その他
※出生時の体重が2000gを超える場合のみ記入			生活力が特に薄弱である。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
主たる病状 (一つ選んでください。)	(1) 極小未熟児 (2) 呼吸障害 (3) 仮死・無酸素症 (4) 先天異常 (5) 感染症 (6) 重症黄疸 (7) その他					
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動				
	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 (4) 毎分30以下 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (5) 出血傾向が強い (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向				
	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 (3) 血生吐物・血性便がある				
	5 黄疸	(1) あり（強・中・弱）〔生後（ ）時間に発生〕 (2) なし				
	その他所見 (合併症の有無等)					
診療予定期間	年 月 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"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 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 印						