

様式第3号（第3条関係）

養育医療意見書				
ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
氏名				
在胎週数	週(単胎/双胎(胎))	出生時の体重	グラム	
症状の概要	※2,001g 以上の場合は、下記1～5のいずれかの症状を有していることが養育医療の給付条件です。			
	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動が異常に少ない		
	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 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (3) 呼吸数が毎分50を超えて増加傾向 (4) 呼吸数が毎分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時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある		
	5 黄疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い		
	その他の所見 (合併症の有無等)			
診療予定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
現在受けている医療	保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 その他の医療			
症状の経過				
上記のとおり診断します。				
年 月 日				
医療機関コード <input type="text"/>				
医療機関の名称				
郵便番号・所在地				
電話番号				
医師氏名 (印)				