

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	
居 住 地						
出生時の体重	g	在胎	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
		週 数			生後 5 分 点	
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
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"/> 運動異常				
	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
	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・血性便がある
		<input type="checkbox"/> 生後 48 時間以上嘔吐が持続				
	5 黄疸	<input type="checkbox"/> 有（強・中・弱）〔生後（ ）時間に発生〕 <input type="checkbox"/> 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		<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 <span style="float: right;">印</span>						