

様式第4号（第4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		(単胎/双胎(胎))		出生時の体重	g
症 状 の 概 要	一般状態	1 運動不安・けいれん 2 運動が異常に少ない			
	体温	摂氏34度以下			
	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 呼吸数が毎分30以下 5 出血傾向が強い			
	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 血性吐物がある 4 血性便がある			
	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			
病状経過					
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地</p> <p>郵便番号</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>					

注 症状の概要の欄及び現在受けている医療の欄は、該当する箇所を○で囲んでください。