

様式第4号（第3条関係）

養育医療意見書

ふりがな				性別	男・女	生年月日	年 月 日
本人氏名				居住地			
出生時の状態		在胎週数	週	出生時体重	グラム	単胎・多胎（ 胎）	
症 状 の 概 要	1	一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動が異常に少ない		(具体的な状況を記入してください。)		
	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				
	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		血液ビリルビン濃度（最高値） (mg/dl)		
	その他の所見 合併症の有無等						
入院予定期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで					
現在受けている 医療 具体的な症状があれば ()内に記入して下さい		(1) 保育器の使用 有・無 人工換気療法・酸素吸入 (2) 補助呼吸 有・無 有の場合 () (3) 栄養の摂取方法 経口栄養・経管栄養・中心静脈栄養・その他 () (4) 持続静脈内注射・その他の医療 ()					
出生に至る経過 症状の経過		(1) 本院にて出生 (2) 他院にて出生(転院理由)					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育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>担当医師氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>							
嘱託医確認欄		確認日 平成 年 月 日		判定結果		確認印	
				決定 ・ 却下			