

様式第3号（第3条第2項関係）

養育医療意見書			
ふりがな 氏名			生年月日 年 月 日
居住地		〒	
出生時の体重		グラム	(注) 2,001グラム以上の場合は、下記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。
概 要 の 状 況	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない	
	2 体温	(1) 摂氏34度以下 最高 () 度・最低 () 度	
	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 毎分 () 回 (4) 呼吸数が毎分30以下 毎分 () 回 (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 便の性状 ()	
	5 黄疸	(1) 生後数時間内に発生 (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 人工喚気療法 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 指定養育医療機関 名称および所在地 郵便番号 電話番号 医師名			

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。

2 医師の氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。