

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				
居住地	〒		血液型	
出生時の体重	グラム	(注) 2,001グラム以上の場合、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。		
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動異常		
	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) 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) あり(強・中・弱) 生後( ) 時間に発生		
	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	安静 入院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療			
症状の経過				
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関 所在地 名称 医師名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>				

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。