

様式第5号（第8条、第9条）

養育医療意見書

本人	氏名 男・女	生年月日 年 月 日	
在胎週数	週（単胎／双胎（胎））	出生時の胎児 g	
症状の概要	一般状態	運動不安・痙攣 有 ・ 無	出血の傾向 有 ・ 無
		運動 正常 ・ 異常に少ない	
	体温	最高 度、最低 度	
	呼吸器系	チアノーゼ 持続している 無 断続している。（間けつ期の皮膚の色、1 正常、2 蒼白又は赤黒）	
		呼吸数 毎分 回	呼吸数増加の傾向 有 ・ 無
	消化器系	嘔吐 有（1血性、2その他（ ））、 無	
		生後24時間以内の排尿 有 ・ 無	生後24時間以内排便 有 ・ 無
		便の性状 1正常便、2血性便、3粘土様胆汁便、4その他（ ）	
	黄疸	有（生後 時間に発生）、無	強度 強・中・弱
		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	1保育器の使用、 2人工換気療法 3酸素吸入、 4経管栄養 5持続静脈内注射、 6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 指定養育医療機関の名称及び所在地 郵便番号 名称 電話番号 医師氏名 印			