

様式第3号（第4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
氏 名					
居 住 地				出生時の体重	グラム
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	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) 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時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある			
	5 黄 だ ん	(1) あり（強・中・弱） (2) なし			
	そ の 他 の 所 見 （合併症の有無等）				
診 療 予 定 期 間					
現在受 け っ て い る 医 療					
病 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 所 在 地 名 称 医師氏名					