

第3号様式(第4条関係)

養育医療意見書			
ふりがな 乳児の氏名		生年月日	年 月 日
居住地		出生時の体重	g
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	
	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時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある	
	5 黄疸	(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	年 月 日から 年 月 日まで		
現在受けている医療	安 静 入院・通院 保育器の使用 酸素吸入 鼻 ^こ 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>医療機関の名称及び所在地</p> <p>医師氏名</p> <p>※医師氏名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名のみ場合は、本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。</p>			