

別記様式第4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 |
| 本人氏名 | | 居住地 | | | |
| 出生時の状態 | 在胎週数 週 | 出生時体重 | g | 単胎・多胎（ 胎） | |
| 症 状 の 概 要 | 1 | 一般状態 | (1) 運動不安・痙攣 (2) 運動が異常に少ない | | (具体的な状況を記入してください。) |
| | 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時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある | | |
| | 5 | 黄だん | (1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い | | 血液ビリルビン濃度（最高値） (mg/dl) |
| | その他の所見、 合併症の有無等 | | | | |
| 入院予定期間 | | 年 月 日 から 年 月 日 | | | |
| 現在受けている医療 具体的な症状があれば（ ）内に記入してください。 | | (1) 保育器の使用 有・無 酸素の使用 有・無 (2) 補助呼吸 有・無 有の場合（ ） (3) 栄養の摂取方法 経口栄養・経管栄養・中心静脈栄養 ・その他（ ） (4) 持続静脈内注射・その他の医療（ ） | | | |
| 出生に至る経過 症状の経過 | | (1) 本院にて出生 (2) 他院にて出生（転院理由 ） | | | |
| 上記のとおり診断する。 年 月 日 指定養育医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号 担当医師氏名 (自署しない場合は、記名押印してください。) | | | | | |