

第2号様式（第4条関係）

養育医療意見書（新規・継続）

児童の氏名				性別		生年月日	年 月 日
児童の居住地							
出生時の体重	g	在胎週数	満週	アプガースコア	生後1分点	生後5分点	出生時の場所 自院・他院・その他
出生時の体重が2,000gを超える場合の未熟性に係る所見		生活力が特に薄弱であると認められるか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
主たる病状 (いずれか1つを選択)		<input type="checkbox"/> 極小未熟児 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 仮死・無酸素症 <input type="checkbox"/> 先天異常 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 重症黄疸 <input type="checkbox"/> その他 ()					
症状の概要	1 一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安・痙攣 <input type="checkbox"/> 運動異常					
	2 体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下					
	3 呼吸器循環器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼが持続 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向					
	4 消化器	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 血性吐物・血性便がある <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続					
	5 黄疸	<input type="checkbox"/> 有(強・中・弱) [生後()時間に発生] <input type="checkbox"/> 無					
	その他所見 (合併症の有無等)						
診療予定期間		診療開始(継続)日			年 月 日		
		診療終了見込日			年 月 日		
現在受けている医療		<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人口呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 注射その他医療					
症状の経過等参考事項							
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 担当医師の氏名							