様式第２（第５条関係）

県番号		点数表	医療機関コード						

養　育　医　療　意　見　書

本　人　氏　名		性別	男･女	生年月日	令和　　年　　月　　日
居　住　地				出生時の体重	ｸﾞﾗﾑ

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	（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　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	令和　　年　　月　　日　から　令和　　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　　鼻腔栄養　　注射その他の医療	
症状の経過		

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

指定養育医療機関の名称及び所在地

医　師　氏　名　　印

※「事務担当者確認印」欄は、医療機関の事務担当者にて押印ください。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

事務担当者確認印