

第3号様式（第3条関係）

養育医療意見書（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 ☐ はい ☐ いいえ 上記診断に係る所見					
主 た る 病 状 (いずれか1つを選択)		☐ 極小未熟児 ☐ 呼吸障害 ☐ 仮死・無酸素症 ☐ 先天異常 ☐ 感染症 ☐ 重症黄疸 ☐ その他 ()					
症 状 の 概 要	1 一般状態	☐ 運動不安・痙攣 ☐ 運動異常					
	2 体温	☐ 摂氏 34 度以下					
	3 呼吸器 循環器	☐ 強度のチアノーゼが持続 ☐ 呼吸数が毎分 30 以下 ☐ チアノーゼ発作を繰り返す ☐ 出血傾向が強い ☐ 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向					
	4 消化器	☐ 生後 24 時間以上排便がない ☐ 血性吐物・血性便がある ☐ 生後 48 時間以上嘔吐が持続					
	5 黄疸	☐ 有（強・中・弱）〔生後（ ）時間に発生〕 ☐ 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		☐ 保育器の使用 ☐ 酸素吸入 ☐ 人工呼吸器の使用 ☐ 鼻腔 栄養 ☐ 輸液 ☐ 交換輸血 ☐ 光線療法 ☐ 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 印							