別記様式第３号（第３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　　　 　　グラム | 単胎・多胎（　 　　胎） |
| 症状の概要 | １ | 一般状態 | (1) 運動不安・痙攣(2) 運動異常 | （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) 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) 有（強・中・弱）　(2) 無 | 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　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 現在受けている医療具体的な症状があれば（）内に記入して下さい | (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) 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　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |