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 | | | | | | | | | | | | |