

第2号様式（第2条関係）

この用紙は病院（受診している指定医療機関）  
で記入をしてもらってください。

| 養育医療意見書               |   |  |                         |            |       |
|-----------------------|---|--|-------------------------|------------|-------|
|                       |   |  | 1 新規                    | 2 継続       |       |
| ふりがな<br>乳児氏名          |   | 性別   | 男・女                     | 生年月        | 年 月 日 |
| 居住地                   |   |  |                         | 出生時の<br>体重 | g     |
| 症<br>状<br>の<br>概<br>要 | 一般状態  | (1) 運動不安・痙攣<br>(2) 運動異常  |                         |            |       |
|                       | 体温  | (1) 摂氏 34 度以下  |                         |            |       |
|                       | 呼吸器<br>循環器  | (1) 強度のチアノーゼ持続<br>(2) チアノーゼ発作を繰り返す<br>(3) 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向<br>(4) 毎分 30 以下<br>(5) 出血傾向が強い |                         |            |       |
|                       | 消化器   | (1) 生後 24 時間以上排便がない<br>(2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続<br>(3) 血性吐物・血性便がある                              |                         |            |       |
|                       | 黄<br>疸  | だん<br>疸  | (1) あり（強・中・弱）<br>(2) なし |            |       |
|                       | その他の所見<br>(合併症の有無等)                                 |  |                         |            |       |
| 診療予定期間<br>(継続診療予定期間)  | 年 月 日から 年 月 日まで                                     |  |                         |            |       |
| 現在受けている医療             | 安静入院 通院<br>保育器の使用 酸素吸入 鼻腔 <sup>こう</sup> 栄養 注射その他の医療 |  |                         |            |       |
| 症状の経過<br>(継続診療の理由)    |   |  |                         |            |       |
| 上記のとおり診断する。           |   |  |                         |            |       |
| 年 月 日                 |   |  |                         |            |       |
| 医療機関の名称<br>及び所在地      |   |  |                         |            |       |
| 医師氏名                  |   |  |                         |            |       |
| ㊟                     |   |  |                         |            |       |