

様式第4号（第4条関係）

養育医療意見書				
フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日生
氏名				
在胎週数		(胎 / 胎)	出生児の体重	グラム
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない		
	2 体 温	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時間以内排便がない (2) 生後48時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある		
	5 黄 疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い		
	その他の所見 (合併症の有無等)			
診療予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
現在受けている医療	保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 その他の医療			
病状の経過				
<p>上記のとおり診察します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称及び所在地 〒</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師氏名 印</p>				

注 症状の概要の欄等は、該当個所を○で囲んでください。