

別記様式第2号（第3条関係）

養育医療意見書			
ふりがな		生年月日	年月日
氏名			
在胎週数	(単胎/双胎 胎)	出生時の体重	グラム
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不安、痙攣 (2) 運動が異常に少ない	
	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) 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時間以上排便がない (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 日から 年 月 日まで		
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 ( )		
症状の経過			
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 郵便番号 所在地 電話番号 医師氏名			
		この意見書は必ず医療機関の事務担当者に確認してもらってください。	確認者名

※出生時の体重が2,000グラムを超える場合、症状の概要のいずれかに該当しない場合は給付決定できません。