

様式第2号（第3条関係）

養育医療意見書

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
住所						
在胎週数	週 日	出生時の体重	g	出生子数	単・双・多	
症 状 の 概 要	一般状況	体 温	1 安定している 2 不安定	ほ 哺乳力	1 正常 2 低下	
		体 動	1 活発である 2 不活発	けい れん 瘧 攣	1 なし 2 あり	
		筋 緊 張	正常 ・ 異常 （ 1 亢進 2 低下 ）			
	循環器系 呼吸器系	チアノーゼ	なし ・ あり（ 1 断続している 2 持続している ）			
		呼吸状態	正常 ・ 異常	1 無呼吸発作 3 しん 呻吟	2 多呼吸 4 陥没呼吸	
	消化器	生後 2 4 時間以上の排便の有無（ 1 有 2 無 ）				
		生後 4 8 時間以上の嘔吐の有無（ 1 有 2 無 ）				
黄疸	血性吐物の有無（ 1 有 2 無 ）					
その他の 所見・症 状の経過	血性便の有無（ 1 有 2 無 ）					
現在受けて いる医療	なし・あり （ 強・中・弱、生後 [] 時間に発生 ）					
診療予定期間	年 月 日～ 年 月 日					
上記のとおり診断します。 年 月 日 所在地 指定養育医療機関 名称 医 師 氏 名 ㊟						

