

第4号様式（第4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		
氏 名									
住 所						出生時の 体 重	グラム		
症 状 の 概 要	一般 状態	体 温	最 高 度	最 低 度	出血傾向		有 無		
		運 動	正 常		異常に少ない		けいれん	有 無	
	呼吸 器系	チ ア ノーゼ	持続 断続（間欠期の皮膚の色 1 正常 2 蒼白又は赤黒い） 無						
		呼吸数	毎分			回	呼吸数増加の傾向		有 無
	消 化 器 系	嘔 吐	有（1 血性 2 その他（ ））						無
		生後24時間以内の排便	有 無						
		便 の 性 状	1 正常便 2 血性便 3 粘土様無胆汁便 4 その他（ ）						
		黄 疸	有（生後 時間に発生）		無	強 度	強 中 弱		
	その他の所見 （合併症の有無等）								
	必要とする医療		閉鎖式保育器の使用		要 不要		酸 素 吸 入		要 不要
鼻 腔 栄 養			要 不要		注射その他の医療		要 不要		
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 往診							
		閉鎖式保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療							
症状の経過									
上記のとおり診断する。									
年 月 日									
指定養育医療機関の名称									
医 師 氏 名									
印									