

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	おう 嘔 吐	有（1 血性 2 その他（ ）） 無					
		生後 2 4 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 だん	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	
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								