様式第３号（第６条、第９条、第１０条関係）

養育医療意見書

<table>
<tr><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男
女</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="3"></td><td>在胎週数</td><td>週　　日</td></tr>
<tr><td>保　護
者　名</td><td colspan="3">該当児の氏名が未定の場合に記載</td><td>出生時
の体重</td><td>g</td></tr>
<tr><td rowspan="8">症
状
の
概
要</td><td colspan="6">※　下記の症状で未熟性に起因する項目があれば〇をつけてください。</td></tr>
<tr><td colspan="2">１　一般状態</td><td colspan="4">（１）運動不安・痙攣
（２）運動異常</td></tr>
<tr><td colspan="2">２　体　温</td><td colspan="4">（１）摂氏３４度以下</td></tr>
<tr><td colspan="2">３　呼吸器
循環器</td><td colspan="4">（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）毎分３０以下
（５）出血傾向が強い</td></tr>
<tr><td colspan="2">４　消化器</td><td colspan="4">（１）生後２４時間以上排便がない
（２）生後４８時間以上嘔吐が継続
（３）血性吐物、血性便がある</td></tr>
<tr><td colspan="2">５　黄　疸</td><td colspan="4">（１）あり（強・中・小）
１　交換輸血（実施・未実施）　２　光線療法（実施・未実施）</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他の所見
（合併症の有無等）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">診　療
予定期間</td><td colspan="4">年　　月　　日　から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">現在受けている医療</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">症状の
経　過</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関名称

所　　在　　地

医　師　氏　名