

様式第 3 号（第 5 条第 1 号関係）

養 育 医 療 意 見 書（ 初 回 ・ 継 続 ・ 転 院 ）				
ふりがな 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
居住地			出生時の体重	グラム
症状の概要 （該当する□に ✓印を記入すること。）	一般状態	☐ 運動不安・痙攣 ☐ 運動異常		
	体温	☐ 摂氏 3 4 度以下		
	呼吸器 循環器	☐ 強度のチアノーゼ持続 ☐ チアノーゼ発作を繰り返す ☐ 呼吸数が毎分 5 0 以上で増加傾向 ☐ 呼吸数が毎分 3 0 以下 ☐ 出血傾向が強い		
	消化器	☐ 生後 2 4 時間以上排便がない ☐ 生後 4 8 時間以上嘔吐が持続 ☐ 血性吐物・血性便がある		
	黄疸	☐ あり（ ☐ 強・ ☐ 中・ ☐ 弱）		
	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 酸素吸入 びくう 鼻腔栄養 注射その他の医療 ()			
症状の経過				
養育医療に要する概算額				
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定養育医療機関の所在地及び名称 担当医師氏名 ⑩				

- （注） 1 継続申請の場合には、症状の概要以下の欄については、養育医療を継続する必要があると認めた時点での状況を記入することとし、症状の経過欄に継続を必要とする理由とその時点での体重をあわせて記入すること。
- 2 転院申請の場合には、症状の概要以下の欄については、転院を必要とする時点での状況を記入することとし、症状の経過欄に、転院を必要とする理由とその時点での体重をあわせて記入する