

第3号様式（第3条、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
対象児の氏名					
住 所	奈良県高市郡高取町大字			出生時 の体重	g
症状の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安 ・ けいれん (2) 運動異状			
	2 体 温	(1) 摂氏34度以下			
	3 呼 吸 器 循 環 器	(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) 呼吸数が毎分30以下 (5) 出血傾向が強い			
	4 消 化 器	(1) 生後24時間以上排便がない (2) 生後48時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物 ・ 血性便がある			
	5 黄 疸	(1) あり (強 ・ 中 ・ 弱) (2) なし			
	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	安 静 入 院 ・ 通 院 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					
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関 所在地及び名称</p> <p>担当医師名 ㊟</p>					