様式第４号（第５条関係）

養　育　医　療　意　見　書			
氏　　名		生年月日	年　月　　日
出生時の体重	グラム	性別	男　・　女
在胎週数	週　　日	出生場所	
症　　状　　（注）該当する項目全てにレ印を付けてください			
１．一般状態	□重症仮死 □神経学的異常	□運動に問題がある □痙攣がある □運動が異常に少ない	
２．体　　温	□低体温	□摂氏３４度以下	
３．呼 吸 器 循 環 器	□呼吸不全 □循環不全 □頭蓋内出血	□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５０以上で増加傾向 □呼吸数が毎分３０以下 □出血傾向が強い	
４．消 化 器	□消化管出血	□生後２４時間以上排便がない □生後４８時間以上嘔吐が持続 □血性吐物・血性便がある	
５．黄　　疸	□重症黄疸	□生後数時間以内に発現 □異常に強い黄疸あり	
その他合併症等	□染色体異常　□その他 □奇形症候群　（　　） □先天性心疾患		
症状の経過			
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・□人工喚気療法・□酸素吸入・□経管栄養・□持続静脈内注射 □その他の医療（　　）		
備　　考			

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

指定養育医療機関　名　　称

所 在 地

電話番号

医師氏名　　印