

養育医療意見書

ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日	
氏名						
在胎週数	週（単胎/双胎/（胎））		出生時の体重	グラム		
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない				
	2 体温	(1) 摂氏34度以下				
	3 呼吸器	(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) 血性吐物がある (4) 血性便がある				
	5 黄疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い				
	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 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 その他の医療					
症状の経過						
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地</p> <p>電話番号</p> <p>医師氏名</p>						

# 記入例

様式第5号（第6条関係）

## 養育医療意見書

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
氏名				
在胎週数	週（単胎/双胎/（胎））		出生時の体重	グラム
症状	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない		
	2 体温	(1) 摂氏34度以下		
	3 呼吸器	(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		
現在受けている医療	その他の医療			
症状の経過	上記のとおり診断する。  年 月 日  医療機関の名称及び所在地  電話番号  医師氏名			

**主治医が記入をお願いします。**

※ 症状の概要1から5のいずれにも該当しない場合、養育医療の給付対象とならないことがあります。

※ 意見書の内容について、医師に問い合わせることがあります。