

第3号様式(第4条第1項)

養育医療意見書						
ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
住所	習志野市					
在胎週数	週 日	出生時の体重	g		出生子数	単・双・多
症 状 の 概 要	一般症状	体 温	1 安定している 2 不安定		ほ 哺乳力	1 正常 2 低下
		体 動	1 活発である 2 不活発		けいれん 痙 攣	1 なし 2 あり
		筋 緊 張	正常・異常(1 亢進 2 低下)			
	循環器系	チアノーゼ	なし・あり(1断続している 2持続している)			
	呼吸器系	呼吸状態	正常・異常	1無呼吸発作 2多呼吸 3呻吟 4陥没呼吸		
	消化器	生後 24 時間以上の排便の有無 (1 有 2 無) 生後 48 時間以上の嘔吐の持続 (1 有 2 無) 血性吐物の有無 (1 有 2 無) 血性便の有無 (1 有 2 無)				
	黄 疸	なし・あり (強・中・弱、生後[]時間に発生)				
	その他の 所見・症 状の経過					
現在受けている 医療	1 保育器の使用 2 鼻腔栄養 3 酸素吸入 4 人工呼吸 5 光線療法 6 注射その他の医療					
診療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで					
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 印</p>						

提出先:健康支援課