様式第３号（第３条関係）

<table>
<tr><td colspan="6">養　育　医　療　意　見　書</td></tr>
<tr><td>ふ　り　が　な</td><td></td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">生　年
月　日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>在　胎　週　数</td><td>（単胎／双胎（　胎）</td><td>出生時の体重</td><td colspan="3">グラム</td></tr>
<tr><td colspan="6">（注）2,001グラム以上の場合は、下記いずれかの症状を有していることが養育医療の給付要件です。</td></tr>
<tr><td rowspan="7">症状の概要</td><td>１　一般状態</td><td colspan="4">（１）　運動不安・けいれん
（２）　運動が異常に少ない。</td></tr>
<tr><td>２　体温</td><td colspan="4">（１）　摂氏３４度以下</td></tr>
<tr><td>３　呼吸器
循環器</td><td colspan="4">（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。</td></tr>
<tr><td>４　消化器</td><td colspan="4">（１）　生後２４時間以上排便がない。
（２）　生後４８時間以上嘔吐が持続
（３）　血性吐物がある。
（４）　血性便がある。</td></tr>
<tr><td>５　黄疸</td><td colspan="4">（１）　生後数時間以内に発生
（２）　異常に強い。</td></tr>
<tr><td>６　その他の所見（合併症の有無等）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">診療予定期間</td><td colspan="4">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">現在受けている医療</td><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">症状の経過</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり診断します。
年　　月　　日
〒
所在地
医療機関　名　　称
電話番号
医師氏名</td></tr>
</table>

（注）医師の氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。