

養育医療意見書					
ふりがな	とくしま ほん	男・女	生年月日	令和	○年○月○日
氏名	徳島 花子				
在胎週数	(単胎) / 双胎 (胎)		出生時の体重	1500 グラム	
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動が異常に少ない			
	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時間以上嘔吐が持続 (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	令和△年△月△日から 令和□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					
上記のとおり診断する。					
令和 × 年 × 月 × 日					
医療機関の名称及び所在地 徳島大学					
郵便番号 771-0941					
電話番号 徳島市蔵本町2丁目50-1					
医師氏名 大学 内科					
印					

(2) 養育医療意見書

- ※1 出生時の体重が記入されているか。
- ※2 出生時の体重が2,000グラムを超える場合、症状の概要に記載があるか。負担(3)の付
- ※3 診療予定期間は記入されているか。
- ※4 診療開始日は生年月日と一緒に。異なる場合理由があるか。
- ※5 診療終了日は1歳の誕生日の前日を超えていないか。
- ※6 医療機関は記入されているか。また、指定養育医療機関か。
- ※7 担当医師の押印はあるか。