

様式第3号 (第3条関係)

養育医療給付意見書						
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
氏名						
住所	白浜町			出生時の体重	グラム	
症 状 の 概 要	在胎週数	週 日				
	一般状態	運動不安 痙攣がある 運動が異常に少ない 正常				
	体温	度				
	呼吸器系	チアノーゼ	持続 (強 中 弱) チアノーゼ発作を繰り返す 無			
		呼吸数	毎分 () 回 増加の傾向 (有 無)			
		出血傾向	有 (強 中 弱) 無			
	消化器系	嘔吐	有 (生後 日以上持続) 無			
		吐物	有 (血性 その他) 無			
		排便	生後24時間以内の排便 (有 無)			
		便の性状	正常 血性便 その他 ()			
		黄疸	有 (生後 時間に発生) 無		強度	強 中 弱
	Apgar Score					
	(体重が2,000グラム以上の場合) 身体の発達が未熟であると判断した根拠					
	その他の所見 (合併症の有無等)					
	診療見込期間	自 年 月 日 至 年 月 日				
い現る在医受療けて	安 静 入 院 通 院 往 診 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療					
経過症状の						
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 医師氏名 □						

