様式第２号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養 育 医 療 意 見 書 | | | | | | |
| ふりがな |  | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | |
| 在胎週数 | （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・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）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・血性便がある  （4）血便性がある | | | | |
| 5　黄　疸 | （1）生後数時間以内に発生　（2）以上に強い | | | | |
| その他の所見  （合併症の有無等） |  | | | | |
| 診療予定  期　　間 | 平成　　 　年　 　月　 　日から　平成　　 　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。  　　　 平成　　　年　　月　　日  医療機関の名称及び所在地  　　　　　　　　　　　　郵便番号  　　　　　　　　　　　　電話番号  医　師　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |