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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |