　様式第２号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **養　育　医　療　意　見　書** | | | | | | |
| ふりがな |  | | 男・女 | 生年月日 | 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)　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 | 年　　　月　　　日　から　　　　　　　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。  　　　　　　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（自署又は記名押印） | | | | | | |