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）　　　　　　　　　　　　　　　　 |