第２号様式（第３条関係）

|  |
| --- |
| 養　育　医　療　意　見　書 |
| ふりがな |  | 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）運動異常 |
| 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・血性便がある |
| ５　黄疸 | （１）生後数時間以内に黄疸が現れる（２）異常に強い黄疸がある |
| 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　　　　　　　　　　　　　　指定養育医療機関の名称及び所在地　　　　　　　　　　　　　　郵便番号　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 　　　 印 |