様式第２号（第４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/総胎 (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、痙攣があるもの 2. 運動異常 | | | | |
| 1. 体温 | 1. 摂氏34度以下 | | | | |
| 1. 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 | | | | |
| 1. 消化器 | 1. 生後24時間以上排便がない 2. 生後48時間以上おう吐が持続 3. 血性吐物がある 4. 血性便がある | | | | |
| 1. 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） |  | | | | |
| 診療予定期間 | | 年　　月　　日　　から　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 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 | | | | | | |