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／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 |  |
| 　上記のとおり診断します。　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※指定養育医療機関の医師が作成します。