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。