

様式第2号（第2条関係）

養育医療意見書					
ふりがな		性別	男・女	生 年	年 月 日
氏 名				月 日	
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・けいれん (2) 運動が異常に少ない		
	2	体 温	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		
	6	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					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地</p> <p>医師氏名</p>					

注 症状の概要の欄等は、該当箇所を○で囲んでください。