

様式第2号 (第5条関係)

養育医療意見書					
ふりがな氏名		性別	男・女	生年月日	年 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、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 持続静脈内注射	人工換気療法 その他の医療	酸素吸入	経管栄養	
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>名 称</p> <p>住 所</p> <p>電話番号</p> <p>医師氏名</p> <p>(署名又は記名押印)</p>					