第２号様式（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養　育　医　療　意　見　書 | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | 男　女 | 生年月日 | 平成　　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）運動異常 | | | | |
| 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・血性便がある | | | | |
| ５　黄疸 | | （１）生後数時間以内に黄疸が現れる  （２）異常に強い黄疸がある | | | | |
| 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 |  | | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　指定養育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 | | | | | | | |