

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・けいれん (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時間以上おう吐が持続 (3)血性吐物がある (4)血性便がある			
	5 黄 疸	(1)生後数週間以内に発生 (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					
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定養育医療機関の所在地及び名称 郵便番号 電話番号 医師氏名 (署名又は記名押印)					