様式第２号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **養育医療意見書** | | | | | | |
| ふりがな | |  | | 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 |  | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　　　　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 | | | | | | |