

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				
病状の経 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>郵便番号</p> <p>電話番号</p> <p>医師氏名 印</p>					

注 症状の概要の欄等は、該当箇所を○で囲んでください。