

様式第2号(第4条関係)

養育医療意見書									
ふりがな				性別	男・女	生年月日	令和 年 月 日		
氏 名									
居 住 地							連絡先		
出 生 時 重		グラム	在胎週数	週 日 (単胎／双胎(胎))		出生時の異常	1. 有() 2. 無		
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 (3) 上記(1), (2)の症状なし						
	2 体 温		(1) 摂氏34度以下 (2) 上記症状なし						
	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 (6) 上記(1)から(5)の症状なし						
	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 (4) 上記(1)から(3)の症状なし						
	5 黄 疸		(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い (3) 無						
	その他の所見 (合併症の有無等)								
診 療 予 定 期 間			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						
現 在 受 け て い る医療			安静入院 他院からの転院 { 無 有 } 年 月 日 医療機関名 保育器の使用・人工換気療法・酸素吸入・経管栄養・交換輸血・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。 令和 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 ㊞									