

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	
住所					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)運動異常				
	2 体 温	(1)摂氏34度以下				
	3 呼 吸 器 循 環 器 系	(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 系	(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)あり(強 ・ 中 ・ 弱) (2)なし				
	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	安 静 入 院 通 院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 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 医師氏名						