

様式第 2 号（第 3 条、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			
			第 子						
居住地	電 話				出 生 時 体 重		g		
					在 胎 週 数		週		
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		(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、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 鼻こう栄養 注射その他の医療								
症状の経過									
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関の名称 及び所在地 医師氏名 印									