

様式第2号(第3条関係)

養育医療意見書					
フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名					
在胎週数	週(単胎/多胎(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を超えて増加傾向 (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			
	その他の意見 (合併症の有無等)				
診察予定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
現在受けている 医療(該当する ものに☑)	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> その他の医療()				
症状の経過					
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名称及び所在地 〒 電話番号 医師氏名					