様式第２号（第４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 | | | | | | |
| 呼 吸 器  ３  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）　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 鼻腔栄養　　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  　　　　　　　（自署又は記名押印） | | | | | | | | |