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） |