

様式第2号（第2条関係）

| 養育医療意見書  |   |  |         |       |
|--|---|--|---------|-------|
| ふりがな   |   | 男・女  | 生年月日    | 年 月 日 |
| 氏 名  |   |  |         |       |
| 在胎週数   | (単胎/双胎 ( 胎))                              |  | 出生時の体重  | グラム   |
| 症<br>状<br>の<br>概<br>要  | 1 一 般 状 態                                 | (1) 運動不安・けいれん<br>(2) 運動が異常に少ない   |         |       |
|  | 2 体 温                                     | (1) 摂氏34度以下  |         |       |
|  | 呼 吸 器<br>3<br>循 環 器                       | (1) 強度のチアノーゼ持続<br>(2) チアノーゼ発作を繰り返す。<br>(3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向<br>(4) 呼吸数が毎分30以下<br>(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。<br>(2) 生後48時間以上嘔吐が持続<br>(3) 血性吐物・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   |         |       |
|  | その他の所見<br>(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  | 保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射<br>その他の医療 |  |         |       |
| 病 状 の 経 過  |   |  |         |       |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地 郵便番号</p> <p>電話番号</p> <p>医師氏名 印</p> |   |  |         |       |