（様式第２号）

**養　育　医　療　意　見　書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 令和　　　 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 在胎週数 | 週（単胎／多胎（　　　胎）） | 出生時の体重 | グラム |
| 病　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 |
| 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)　生後数時間以内に発生　　(２)　異常に強い |
| その他の所見（合併症の有無等） |  |
| 診療予定期　　間 | 令和　　　年　　　月　　　日　から　令和　　　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 その他の医療 |
| 症状の経過 |  |
| 上記のとおり診断する。 令和　　　年　　　月　　　日 指定医療機関名及び所在地 〒　　　 － 電話番号 医　師　氏　名　　　　　　　　　　　　　　 　 |