（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　　　　　　　　　　　　　　 　印 | | | | | | | |