

第2号様式（第3条第1項第1号）

養 育 医 療 意 見 書						
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年	月 日
氏 名						
在胎週数	週 日	出生時の体重		出生子数	単・双・多	
症 状 の 概 要	一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安・痙攣 ^{けいれん} がある <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない				
	体 温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下				
	循環器系 及び 呼吸器系	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼが持続している <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50を超えて増加傾向 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い				
	消化器系	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続 <input type="checkbox"/> 血性吐物がある <input type="checkbox"/> 血性便がある				
	黄 疸 ^{だん}	<input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> 異常に強い				
	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	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> 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 所在地 指定養育医療機関 名 称 電話番号 医 師 氏 名 ㊟						