

第2号様式（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	
在胎週数 (単胎・多胎)	在 胎 週 単 胎 / 双胎 (胎)			出 生 時 の 体 重	グラム	
※ 症状の概要欄は(1)あり、(2)なしのいずれかを○で囲むこと。 ※ 出生時体重が2000gを超える場合は、詳しい症状を記載すること。 ※ 出生時の状況又は、養育医療が必要と思われる状況を記載すること。						
症 状 の 概 要	1 一般状態	運動不安・けいれん 運動が異常に少ない	(1) あり (2) なし (1) あり (2) なし			
	2 体 温	摂氏 34 度以下	(1) あり (2) なし			
	3 呼 吸 器 循 環 器	強度のチアノーゼ持続 チアノーゼ発作を繰り返す 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向 呼吸数が毎分 30 以下 出血傾向が強い	(1) あり (2) なし (1) あり (2) なし (1) あり (2) なし (1) あり (2) なし (1) あり (2) なし			
	4 消 化 器	生後 24 時間以上排便がない 生後 48 時間以上嘔吐が持続 血性吐物・血性便がある	(1) あり (2) なし (1) あり (2) なし (1) あり (2) なし			
	5 黄 疸	生後数時間以内に発生 異常に強い	(1) あり (2) なし (1) あり (2) なし			
	その他の所見 (合併症の有無等)					
	診療予 定期間	自 年 月 日 から 年 月 日				
	現在受 けている 医療	他院からの転院： 無 有 年 月 日 医療機関名 () 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。 年 月 日 指定医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号 医師氏名						