

様式第 2 号（第 4 条関係）

養 育 医 療 意 見 書				
ふりがな			男 ・ 女	
氏 名			生年月日 年 月 日	
居 住 地	出生時の体重		グラム	
	在胎期間		週 日	
	単胎 / 双胎 (胎)			
症状の概要	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		
	3 呼吸器循環器	(1)強度のチアノーゼ持続 (2)チアノーゼ発作を繰り返す (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	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 その他の医療			
症状の経過				
上記のとおり診断する。				
年 月 日				
医療機関の名称				
〒				
及び所在地				
(電話番号 - -)				
医 師 氏 名			印	