別記第２号様式（第３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 | |
| 第　　　子 | |
| 住　所 | 中間市  電話番号　　　　－　　　　－ | | | | 出生時体重 | ｇ |
| 在胎週数 | 週 |
| 症状の概要 | １　一般状態 | （１）運動不安・けいれん  （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）血性吐物がある  （４）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 |  | | | | | |

　　　上記のとおり診断します。

　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

　　　　　　　　　　　　及び所在地

　　　　　　　　　　　　医師氏名