

様式第2号(第4条関係)

養 育 医 療 意 見 書					
ふりがな氏名		性別	男・女	年 月 日生	
住 所 地		在 胎 週 数		週 (単胎/双胎/ (胎))	
		出生時の体重		グラム	
症 状 の 概 要	一 般 状 態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない			
	体 温	(1) 摂氏34度以下			
	呼 吸 器 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			
	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			
	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				
病状の経過					
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)					

備考 医師氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。