様式第２号(第５条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療意見書（新規・継続） | | | | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | 男・女 | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 氏名 | |  | | |
| 在胎週数 | | （単胎／双胎（　　胎）） | | | | | 出生時の体重 | | | グラム |
| 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 | | | 診療開始（継続）日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 診療終了見込日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 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  　　　　　　　　　　　　　指定養育医療機関の  名称及び所在地  　　　　　　　　　　　　　担当医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |