

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				
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の 名称及び所在地 担当医師の氏名 印</p>				