

様式2

養 育 医 療 意 見 書					
お母 氏 名			男・女	生年月日	年 月 日
居住地			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) 強度で持続するチアノーゼ (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 系	(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 (奇形等の有無)				
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 人口換気療法 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					
指定医療機関の名称及び所在地 電話番号					
医師名					印