

様式第2号（第3条関係）

養育医療意見書					
ふりがな氏名		性別	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 <sup>けいれん</sup> (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・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)				
診察予定期間		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					
<p>上記の通り診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称及び所在地</p> <p style="text-align: center;">郵便番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p> <p style="text-align: right;">(署名又は記名・押印)</p>					