様式第2号

| 県番号 | 点数表 | 医療機関コード |
|---|---|---|
| | | |

# 養　育　医　療　意　見　書

| ふりがな<br>氏　名 | | 性別 | 男　・　女 | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日生 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>（2）　運動が異常に少ない |
| | 2　体　温 | （1）　摂氏34度以下 |
| | 3　呼吸器<br>循環器 | （1）　強度のチアノーゼ持続<br>（2）　チアノーゼ発作を繰り返す<br>（3）　呼吸数が毎分50以上で増加傾向<br>（4）　呼吸数が毎分30以下<br>（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<br>（2）　生後48時間以上嘔吐が持続<br>（3）　血性吐物がある<br>（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<br>（合併症の有無等） | |
| 診療予定期間 | 平成　　年　　月　　日から　　平成　　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<br>その他の医療 | |
| 症状の経過 | | |

上記のとおり診断する。

平成　　年　　月　　日

指定医療機関の名称及び所在地

〒

TEL

医　師　氏　名　　印

事務担当者確認印