

様式第 2 号(第 4 条関係)

養 育 医 療 意 見 書					
ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年	年 月 日
		第	子	月日	
居 住 地	電話	出生時体重		g	
		在胎週数		週	
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動異常			
	2 体 温	(1) 摂氏 3 4 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 5 0 以上で増加傾向 (4) 毎分 3 0 以下 (5) 出血傾向が強い			
	4 消 化 器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない (2) 生後 4 8 時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある			
	5 黄 疸	(1) あり (強・中・弱) (2) なし			
	その他の所見 (合併症の 有無等)				
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	安 静 入 院 通 院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療				
症 状 の 経 過					
<p>上記のとおり診断します。</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;">医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。</p>					

