

様式第2号（第5条関係）

養 育 医 療 意 見 書					
ふりがな 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 (2) 運動異常			
	2 体 温	(1) 摂氏34度以下			
	3 呼 吸 器 循 環 器	(1) チアノーゼ……… { ア強度で持続する イ発作を繰り返す			
		(2) 呼 吸 数……… { ア毎分50を超え増加傾向 イ毎分30以下			
		(3) 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) 生後数時間以内に出現 (2) 異常に強い			
その他の所見 (合併症等の有無)					
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	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					
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定医療機関の名称 所在地 医師名					