

第 2 号様式（第 2 条関係）

養 育 医 療 意 見 書				
フリガナ			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏 名			生 年 月 日	年 月 日
在 胎 週 数		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎（ 胎）	出生時の体重	グラム
症 状 の 概 要	一 般 状 態	<input type="checkbox"/> 運動不安又は痙攣 <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない。		
	体 温	<input type="checkbox"/> 摂氏 34 度以下		
	呼吸器及び 循 環 器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す。 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分 30 以下 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い。		
	消 化 器	<input type="checkbox"/> 生後 24 時間以上排便がない。 <input type="checkbox"/> 生後 48 時間以上嘔吐が持続している。 <input type="checkbox"/> 血性吐物がある。 <input type="checkbox"/> 血性便がある。		
	黄 疸	<input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> 異常に強い。		
	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	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人口換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> その他の医療（ ）			
症状の経過				
上記のとおり診断する。 年 月 日 医 療 機 関 の 名称及び所在地 電 話 番 号 医 師 氏 名				