

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"/> 单胎 <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			