様式第３号（第２条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養　育　医　療　意　見　書 | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 氏名 | |  | |
| 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  (2) 運動が異常に少ない | | | | |
| ２　体　　温 | | (1) 摂氏34度以下 | | | | |
| 呼 吸 器  ３  　　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50以上で増加傾向  (4) 呼吸数が毎分30以下  (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  (2) 生後48時間以上嘔吐が持続  (3) 血性吐物がある  (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  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 | | | 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　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 | | | | | | | |