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　　　　　　　 　　　　　　 |