

第2号様式（第2条第1項）

養育医療意見書

対象児	ふりがな 氏名 (性別)	(男・女)	生年月日 (在胎週数)	年 月 日 ( 週 日)
	出生子数	単・双・多	出生時の体重	g
	住 所			
症状の概要	1. 一般状態	(1) 運動不安 (2) 痙攣 (3) 運動が異常に少ない		
	2. 体 温	(1) 摂氏34度以下		
	3. 呼吸器 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) あり (強・中・弱) (2) なし		
	その他の所見 (合併症の有無 等)			
診療予定期間	自 年 月 日 至 年 月 日			
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				
医療機関の名称及び所在地				
医師氏名 (自署もしくは記名押印)				印



