

様式第 2 号

| 養 育 医 療 意 見 書   |   |  |       |    |          |
|---|---|--|-------|----|----------|
| ふりがな<br>氏 名   |   | 性別   | 男・女   | 生年 | 令和 年 月 日 |
|   |   | 第  | 子     | 月日 |          |
| 居 住 地   |   | 電話   | 出生時体重 | g  |          |
|   |   |  | 在胎週数  | 週  |          |
| 症<br>状<br>の<br>概<br>要   | 1 一般状態                                      | (1) 運動不安・けいれん<br>(2) 運動異常  |       |    |          |
|   | 2 体 温                                       | (1) 摂氏 3 4 度以下   |       |    |          |
|   | 3 呼 吸 器<br>循 環 器                            | (1) 強度のチアノーゼ持続<br>(2) チアノーゼ発作を繰り返す<br>(3) 呼吸数が毎分 5 0 以上で増加傾向<br>(4) 呼吸数が毎分 3 0 以下<br>(5) 出血傾向が強い |       |    |          |
|   | 4 消 化 器                                     | (1) 生後 2 4 時間以上排便がない<br>(2) 生後 4 8 時間以上嘔吐が持続<br>(3) 血性吐物・血性便がある                                  |       |    |          |
|   | 5 黄 疸                                       | (1) あり (強・中・弱) (2) なし  |       |    |          |
|   | その他の所見<br>(合併症の<br>有無等)                     |  |       |    |          |
| 診 療 予 定<br>期 間  | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで                      |  |       |    |          |
| 現 在 受<br>け て い<br>る 医 療   | 安 静<br>入 院 通 院<br>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<br>経 過  |   |  |       |    |          |
| <p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の名称<br/>及び所在地</p> <p>医 師 氏 名</p> |   |  |       |    |          |