

第2号様式(第3条関係)

養 育 医 療 意 見 書						
ふりがな		性別	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) 運動不足・痙攣 (2) 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・血性便がある				
	5 黄 疸	(1) 生後数時間内に発生		(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						
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地</p> <p>郵便番号</p> <p>電話番号</p> <p>医師氏名</p>						