様式2号

|  |
| --- |
| **養　育　医　療　意　見　書** |
| 　　　 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 在胎週数(単胎・多胎) | 　在胎　　　週　　　単　胎　　/　双胎　（　　　　胎） | 出 生 時 の体 重 | グラム |
| ※　症状の概要欄は（1）あり、（2）なしのいずれかを○で囲むこと。※　出生時体重が2000ｇを越える場合は、詳しい症状を記載すること。※　出生時の状況又は、養育医療が必要と思われる状況を記載すること。 |
| 症　　状　　の　　概　　要 | 1　一 般 状 態 | 運動不安・痙攣　 　　　　　　　 （1）　あ　り　（2）　な　し運動が異常に少ない （1）　あ　り　（2）　な　し |
| 2　体 温 | 摂氏34度以下　　 　　　 　　　 （1）　あ　り　（2）　な　し |
| 1. 呼 吸 器

循 環 器 | 強度のチアノーゼ持続　 　　　　 （1）　あ　り　（2）　な　しチアノーゼ発作を繰り返す 　 （1）　あ　り　（2）　な　し呼吸数が毎分50以上で増加傾向 　（1）　あ　り　（2）　な　し呼吸数が毎分30以下　　　　　 　 （1）　あ　り　（2）　な　し出血傾向が強い　　　　　　　　　 （1）　あ　り　（2）　な　し |
| 4　消 化 器 | 生後24時間以上排便がない　　　 （1）　あ　り　（2）　な　し生後48時間以上嘔吐が持続　　　 （1）　あ　り　（2）　な　し血性吐物・血性便がある　　　　　 （1）　あ　り　（2）　な　し |
| 5　黄 疸 | 生後数時間以内に発生　　　 （1）　あ　り　（2）　な　し異常に強い　　　　　　　　　 　 （1）　あ　り　（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　　　から　　　　年　　　月　　　日 |
| 現在受けている医療 | 他院からの転院： 　無 　有　　　　　　　年　　月　　日　医療機関名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）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　　　日指定医療機関の名称及び所在地　　 郵便番号　 電話番号　　　　　　　　 　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　 　 |