

様式第2号

養育医療意見書					
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
本人氏名		居住地			
出生時の状態	在胎週数	週	出生時体重	グラム	単胎・多胎（ 胎）
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	(具体的な状況を記入してください。)	
	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) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い	血液ビリルビン濃度（最高値） (mg/dl)	
	その他の所見 合併症の有無等				
入院予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
現在受けている 医療 具体的な症状があれば ()内に記入して下さい	(1) 保育器の使用 有・無 人工換気療法・酸素吸入 (2) 補助呼吸 有・無 有の場合 () (3) 栄養の摂取方法 経口栄養・経管栄養・中心静脈栄養・その他 () (4) 持続静脈内注射・その他の医療 ()				
出生に至る経過 症状の経過	(1) 本院にて出生 (2) 他院にて出生（転院理由 ()				
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 指定養育医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号 担当医師氏名 ㊟					