様式第2号（第3条･第5条関係）

養育医療意見書

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　指定養育医療機関名

　　　　　　　　　　　　　医　　師　　氏　　名

次のとおり診断します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 居住地 |  | 出生時の体重 | ｇ |
| 症状の概要 | 1　一般状態 | (1)　運動不安・けいれんがある。(2)　運動が異常に少ない。 |
| 2　　体温 | (1)　摂氏34ﾟ以下である。 |
| 呼吸器3　循環器 | (1)　強度のチアノーゼが持続している。(2)　チアノーゼ発作を繰り返す。(3)　呼吸数が毎分50以上で増加傾向にある。(4)　呼吸数が毎分30以下である。(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している。(3)　血性吐物又は血性便がある。 |
| 5　黄疸 | (1)　あ　る（　強　・　中　・　弱　）(2)　な　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 | 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 |
| 病状の経過 |  |