様式第４号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養　育　医　療　意　見　書 | | | | | | |
| ふりがな | |  | | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | |  | |
| 在胎週数 | | 週  （単胎／双胎（　　　胎）） | | | 出生児の体重 | グラム |
| 症　状　の　概　要 | １　一般状態 | | ⑴　運動不安　　痙攣  ⑵　運動が異常に少ない | | | |
| ２　体温 | | ⑴　摂氏３４度以下 | | | |
| ３　呼吸器  循環器 | | ⑴　強度のチアノーゼ持続  ⑵　チアノーゼ発作を繰り返す  ⑶　呼吸数が毎分５０以上で増加傾向  ⑷　呼吸数が毎分３０以下  ⑸　出血傾向が強い | | | |
| ４　消化器 | | ⑴　生後２４時間以上排便がない  ⑵　生後４８時間以上嘔吐が持続  ⑶　血性吐物・血性便がある | | | |
| ５　黄疸 | | ⑴　生後数時間以内に黄疸が現れる  ⑵　異常に強い黄疸がある | | | |
| 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 |  | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  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  医師氏名 | | | | | | |