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　　　　　　　　　　 |