様式第 2 号 (第 3 条関係)

養 育 医 療 意 見 書				
ふりがな 氏 名	男 ・ 女		生年 月 日	年 月 日
	第 子			
在胎週数	(単胎/双胎 (胎))		出生時体重	g
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない		
	2 体 温	(1) 摂氏 3 4 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 5 0 以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分 3 0 以下 (5) 出血傾向が強い		
	4 消 化 器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない (2) 生後 4 8 時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物がある (4) 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		
	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				
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号</p> <p>医 師 氏 名 印</p>				