|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療意見書 | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | 男・女 | 生年  月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 乳児氏名 | |  | |
| 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 | | (1)　運動不安・けいれん  (2)　運動が異常に少ない | | | | |
| ２　基礎体温 | | 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時間以上おう吐が持続  (3)　血性吐物がある  (4) 血性便がある | | | | |
| ５　黄だん | | (1)　生後数時間内に発生　(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　　　その他の治療 | | | | |
| 症状の経過 | | |  | | | | |
| 上記のとおり診断します。  　　　　　年　　　月　　　日  医療機関の名称及び所在地  電話番号  医師氏名 | | | | | | | |

様式第２号（第５条関係）

○**こちらの書類は申請者は記入しないでください。**

○症状は対象になるものが有る場合のみ記入してください。