|  |
| --- |
| 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。