

(様式第2号)

養育医療意見書					
氏　名			生年月日		年　月　日
出生時の体重		グラム	性別		男・女
在胎週数		週　　日	出生場所		
症　　　状			注：該当する項目全てにレ印を付けてください		
１．一般状態		☐ 重症仮死 ☐ 神経学的異常	☐ 運動に問題がある ☐ 痙攣がある ☐ 運動が異常に少ない		
２．体　　温		☐ 低体温	☐ 摂氏３４度以下		
３．呼　吸　器 循　環　器		☐ 呼吸不全 ☐ 循環不全 ☐ 頭蓋内出血	☐ 強度のチアノーゼ持続 ☐ チアノーゼ発作を繰り返す ☐ 呼吸数が毎分５０以上で増加傾向 ☐ 呼吸数が毎分３０以下 ☐ 出血傾向が強い		
４．消　化　器		☐ 消化管出血	☐ 生後２４時間以上排便がない ☐ 生後４８時間以上嘔吐が持続 ☐ 血性吐物・血性便がある		
５．黄　　疸		☐ 重症黄疸	☐ 生後数時間以内に発現 ☐ 異常に強い黄疸あり		
その他合併症等		☐ 染色体異常 ☐ その他 ☐ 奇形症候群 () ☐ 先天性心疾患			
症状の経過					
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（ ）			
備　　考					
上記のとおり診断する。 年　　月　　日 指定養育医療機関 名　　称 所　在　地 電話番号 医師氏名					
印					