様式第３号（第２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 | | (単胎／双胎（　　胎）) | | | 出生時の体重 | | ｸﾞﾗﾑ |
| 症状の概要 | １　一般状態 | (1) | 運動不安・痙攣 | | | | |
| (2) | 運動が異常に少ない | | | | |
| ２　体温 | (1) | 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 | |  | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　年　　月　　日  指定医療機関の　　〒　　　－  名称及び所在地    　　電話番号　　(　　　－　　　－　　　　　)  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 印 | | | | | | | |