第２号様式（第４条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 養育医療意見書 | | | |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 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点を付けてください | | | |
| 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  □出血吐物・血便性がある | |
| 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。  令和　　年　　月　　日  指定養育医療機関　名　　称  所 在 地  電話番号  医師氏名 | | | |