

第2号様式（第4条関係）

| 養 育 医 療 意 見 書 | | | |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 氏 名 | | 生年月日 | 令和 年 月 日 |
| 出生時の体重 | グラム | 在胎週数 | 週 日 |
| 出生場所（病院名） | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 重症仮死 <input type="checkbox"/> 神経学的異常 | <input type="checkbox"/> 運動に問題がある <input type="checkbox"/> 痙攣がある <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない | |
| 2. 体 温 | <input type="checkbox"/> 低体温 | <input type="checkbox"/> 摂氏34度以下 | |
| 3. 呼吸器 循環器 | <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 循環不全 <input type="checkbox"/> 頭蓋内出血 | <input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い | |
| 4. 消化器 | <input type="checkbox"/> 消化管出血 | <input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続 <input type="checkbox"/> 出血吐物・血便性がある | |
| 5. 黄 疸 | <input type="checkbox"/> 重症黄疸 | <input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発現 <input type="checkbox"/> 異常に強い黄疸あり | |
| その他合併症等 | <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 奇形症候群 <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 症状の経過 | | | |
| 診療予定期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで | | |
| 現在受けている 医療 | <input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> 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 | | | |