

様式第3号(第4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	グラム
症 状 の 概 要	1 一 般 状 態	(1) 運動不安・痙攣 ^{けいれん} (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 ^{おうと} が持続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある		
	5 黄 疸 ^{だん}	(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				
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号 医師氏名</p>				