

様式第2号（第4条関係）

養 育 医 療 意 見 書

氏 名		年 月 日生 男・女
住 所		出生時の体重 グラム
症 状 の 概 要	1 一 般 状 態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動異常
	2 体 温	(1) 摂氏34度以下
	3 呼 吸 器 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) 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時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある
	5 黄 疸 <sup>だん</sup>	(1) あり（強・中・弱） (2) なし
	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	安 静 入 院 通 院 保育器の使用 酸素吸入 鼻 <sup>く</sup> 腔栄養 注射その他の医療	
症状の 経 過		

令和 年 月 日

医療機関の名称  
及び所在地  
医 師 氏 名

㊞