

様式第2号(第4条、第5条関係)

養育医療意見書

乳 児 氏 名		生年 月日		年 月 日	
個 人 番 号					
在 胎 週 数		週(単胎／双胎(胎))		出生時の胎児 g	
症 状 の 概 要	一般状態	運動不安・痙攣 有 ・ 無			
		運動 正常 ・ 異常に少ない			
	体 温	最高 度、 最低 度			
	呼吸器・循環器系	チアノーゼ 持続している 無 断続している。(間けつ期の皮膚の色、1正常、2蒼白又は赤黒)			
		呼吸数 毎分 回		呼吸数増加の傾向 有 ・ 無	
		出血の傾向 有 ・ 無			
		嘔吐 有(1血性、2その他())、 無			
	消化器系	生後24時間以内の排尿 有 ・ 無		生後24時間以内の排便 有 ・ 無	
		便の性状 1正常便、2血性便、3粘土様胆汁便、4その他()			
	黄 疸	有(生後 時間に発生)・ 無		強度 強・中・弱	
	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	1保育器の使用 2人工換気療法 3酸素吸入 4経管栄養 5持続静脈内注射 6その他の医療				
症状の経過					
上記のとおり診断します。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 指定養育医療機関 郵便番号 所 在 地 名 称 電話番号 医師氏名 </div>					