

様式第 2 号

養 育 医 療 意 見 書				
ふりがな				
氏 名		男・女	生年月日	令和 年 月 日
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 (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 時間以上嘔吐が持続 (3)血性吐物・血性便がある		
	5 黄 疸	(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)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
診 療 予 定 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
現在受けて いる 医 療	保育器の使用 持続静脈内注射	人工換気療法 その他の医療	酸素吸入	経管栄養
症状の経過				
上記のとおり診断する。				
令和 年 月 日				
医療機関の名称 及び所在地 (電 話 番 号)				
医 師 氏 名 科				
(署名または記名押印)				