

様式第3号（第5条関係）

養 育 医 療 意 見 書					
ふりがな			性別	男・女	生年月日
氏 名					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			
	その他の意見 (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    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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名及び所在地 電話番号 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					