|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養　育　医　療　意　見　書 | | | | | | |
| ふりがな  氏　名 | |  | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日 | |
| 在胎週数 | | 週(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. 血性吐物がある 4. 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) |  | | | | |
| 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 |  | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　年　　　月　　　日  医療機関の名称および所在地      郵便番号  電話番号  医師氏名 | | | | | | |

第１号様式