|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **養 育 医 療 意 見 書**  様式第３号 | | | | | | | | |
| ふ り が な | |  | | 男・女 | 生年  月日 |  | 年 　 月 　日 | |
| 氏 名 | |  | |
| 在胎週数 | | （単児／双児（　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 | | | | | |
| 呼 吸 器  ３  循 環 器 | | (1) 強度のチアノーゼ持続  (2) チアノーゼ発作を繰返す  (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) 以上に強い | | | | | |
| 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 　人工喚気療法 酸素吸入　経菅栄養 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  医療機関の名称及び所在地  　　　　　　　　　　　郵便番号  　　　　　　　　　　　電話番号  医師氏名 | | | | | | | | |