|  |
| --- |
| **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  |