

様式第3号（第3条関係）

| 養 育 医 療 意 見 書                                                 |                                           |                                                                                                |        |       |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| ふりがな                                                          |                                           | 男・女                                                                                            | 生年月日   | 年 月 日 |
| 氏 名                                                           |                                           |                                                                                                |        |       |
| 在胎週数                                                          |                                           | 週（単胎／双胎（ 胎））                                                                                   | 出生時の体重 | グラム   |
| 症<br>状<br>の<br>概<br>要                                         | 1 一般状態                                    | (1) 運動不安・痙攣<br>(2) 運動が異常に少ない                                                                   |        |       |
|                                                               | 2 体温                                      | (1) 摂氏 34 度以下                                                                                  |        |       |
|                                                               | 3 呼吸器<br>循環器                              | (1) 強度のチアノーゼ持続<br>(2) チアノーゼ発作を繰り返す<br>(3) 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向<br>(4) 呼吸数が毎分 30 以下<br>(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<br>(2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続<br>(3) 血性吐物がある<br>(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<br>(合併症の有無等)                       |                                                                                                |        |       |
| 診療予<br>定期間                                                    | 年 月 日 から 年 月 日 まで                         |                                                                                                |        |       |
| 現在受<br>けている<br>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<br>その他の医療 |                                                                                                |        |       |
| 症状の<br>経過                                                     |                                           |                                                                                                |        |       |
| 上記のとおり診断します。<br>年 月 日<br>医療機関の名称及び所在地<br>郵便番号<br>電話番号<br>医師氏名 |                                           |                                                                                                |        |       |

