

様式第 2 号

養 育 医 療 意 見 書			
ふりがな			生年月日
氏 名			令和 年 月 日
居 住 地			出生時の体重
			グラム
			在胎期間
			週 日
症状の概要	1 一 般 状 態	(1)運動不安・痙攣 (2)運動異常	
	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)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)あり (強・中・弱) (2)なし	
	その他の所見 (合併症の有無等)		
診 療 予 定 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日		
現在受けている医療	安静 入院 通院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 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			
医 師 氏 名 科 (印)			