|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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／多胎（　　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・けいれん  (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　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |

備考　指定養育医療機関を転院する場合は、「症状の経過欄」へ転院を必要とする理由を記載してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）