様式第２号(第２条関係)

養育医療意見書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　　　人 | 氏　名 | | 男・女 | 生年月日 | | | 出生時の体重 |
| 年　　月　　日 | | | ｇ |
| 住　所 | | | | | | |
| 症　　　　状　　　　の　　　　概　　　　要 | 一般状態 | 体温  最高　　度　　最低　　度 | | | | 出血の傾向  有　　・　　無 | |
| 運動  正常　・　異常に少ない | | | | 運動不安  有　　・　　無 | |
| 呼吸器系 | チアノーゼ  　持続している　無  　断続している(間けつ期の皮膚の色　１正常　２蒼白又は赤黒) | | | | | |
| 呼吸数  毎分　　回 | | | | 呼吸数増加の傾向  有　　・　　無 | |
| 消化器系 | 嘔吐  有　(１血性　２その他(　　　　　　　　　))　無 | | | | | |
| 生後24時間以内の排尿  有　　・　　無 | | | | 生後24時間以内の排便  有　　・　　無 | |
| 便の性状  １正常便　２血性便　３粘土様胆汁便　４その他(　　　　　) | | | | | |
| 黄疸  有　(生後　時間に発生)　無 | | | | 強度  強　　・　　中　　・　　弱 | |
| その他の所見(合併症の有無等) | | | | | | |
| 必要とする医療 | 閉鎖式保育器の使用  要　　・　　不要 | | | | 酸素吸入  要　　・　　不要 | | |
| 鼻腔栄養  要　　・　　不要 | | | | 注射その他の治療  要　　・　　不要 | | |
| 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  １　安静　　　２　入院　　　３　通院　４　往診　５　保育器の使用  ６　酸素吸入　７　鼻腔栄養　８　注射その他の医療 | | | | | | | |
| 症状の経過 | | | | | | | |
| 上記のとおり診断します。  　　　　年　　月　　日  指定医療機関の  名称及び所在地  医師氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |