

(別記様式第3号)

養 育 医 療 意 見 書			
氏 名		生年月日	年 月 日
出生時の体重	グラム	性別	男・女
在胎週数	週 日	出生場所	
症 状		注：該当する項目全てにレ印を付けてください	
1. 一般状態	<input type="checkbox"/> 重症仮死 <input type="checkbox"/> 神経学的異常	<input type="checkbox"/> 運動に問題がある <input type="checkbox"/> 痙攣がある <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない	
2. 体 温	<input type="checkbox"/> 低体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下	
3. 呼 吸 器 循 環 器	<input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 循環不全 <input type="checkbox"/> 頭蓋内出血	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い	
4. 消 化 器	<input type="checkbox"/> 消化管出血	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続 <input type="checkbox"/> 血性吐物・血性便がある	
5. 黄 疸	<input type="checkbox"/> 重症黄疸	<input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発現 <input type="checkbox"/> 異常に強い黄疸あり	
その他合併症等	<input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 奇形症候群 <input type="checkbox"/> 先天性心疾患	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
症状の経過			
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	<input type="checkbox"/> 保育器の使用・ <input type="checkbox"/> 人工換気療法・ <input type="checkbox"/> 酸素吸入・ <input type="checkbox"/> 経管栄養・ <input type="checkbox"/> 持続静脈 内注射 <input type="checkbox"/> その他の医療 ( )		
備 考			
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定養育医療機関 名 称 所在地 電話番号 医師氏名			