

様式第2号（第3条関係）

養育医療意見書

ふりがな 氏名				性別	男・女	生年月日	年 月 日	
住所								
在胎週数		週 日	出生時の体重	g	出生子数	単・双・多		
症 状 の 概 要	一般状況	体 温	1 安定している 2 不安定	ほ 哺乳力	1 正常 2 低下			
		体 動	1 活発である 2 不活発	けい 瘻 れん 攣	1 なし 2 あり			
		筋 緊 張	正常 ・ 異常 （ 1 亢進 2 低下 ）					
	循環器系 呼吸器系	チアノーゼ	なし ・ あり （ 1 断続している 2 持続している ）					
		呼吸状態	正常 ・ 異常	1 無呼吸発作 3 しん 呻吟	2 多呼吸 4 陥没呼吸			
	消 化 器	生後24時間以上の排便の有無（ 1 有 2 無 ）						
		生後48時間以上の嘔吐の有無（ 1 有 2 無 ）						
血性吐物の有無（ 1 有 2 無 ）								
血性便の有無（ 1 有 2 無 ）								
黄 疸	なし・あり （ 強・中・弱、生後 [ ] 時間に発生 ）							
その他の 所見・症状 の経過	入院は（ 未熟児性による ・ その他因子による ）							
これまでの 診療内容	1 保育器の使用 2 鼻腔栄養 3 酸素吸入 4 人工呼吸 5 光線療法 6 注射その他の医療							
診療予定期間	年 月 日～ 年 月 日							
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 指定養育医療機関 名称 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">Ⓔ</p>								