様式第３号

養　育　医　療　意　見　書

ふりがな 氏　　名		性別	男　女	生年月日	平成　　年　　月　　日
居 住 地				出生時の体重	グラム

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	自平成　　年　　月　　日　　至　　年　　月　　日	
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 その他の医療 外科手術（見込みを含む）の有無（　有　・　無　）	
症状の経過		

上記のとおり診断する。

平成　　年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

医師氏名　　印