

第2号様式（第2条関係）

この用紙は病院（受診している指定医療機関）
で記入をしてもらってください。

養 育 医 療 意 見 書					
			1 新 規		2 継 続
ふ 乳	り 児	が 氏	な 名	性別	男・女
				生年月	年 月 日
居 住 地				出生時の 体 重	g
症 状 の 概 要	一 般 状 態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動異常			
	体 温	(1) 摂氏 34 度以下			
	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) 毎分 30 以下 (5) 出血傾向が強い			
	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 <small>おう</small> が持続 (3) 血性吐物・血性便がある			
	黄 疸	だん 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 (継続診療予定期間)			年 月 日から 年 月 日まで		
現在受けている医療		安静 入院 通院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔 <small>こう</small> 栄養 注射その他の医療			
症 状 の 経 過 (継続診療の理由)					
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					
医 師 氏 名					
Ⓜ					