

様式第3号(第4条関係)

養育医療意見書					
乳児氏名 <small>ふりがな</small>		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
居住地	〒			出生時の体重 <span style="float: right;">グラム</span> (在胎週数 週 日) 単胎/双胎( 胎)	
症状の概要	1 一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安・けいれん <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない			
	2 体温	摂氏34度以下			
	3 呼吸器 循環器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼが持続する。 <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以上で増加傾向にある。 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下である。 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い。			
	4 消化器	<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している。 <input type="checkbox"/> 血性吐物がある。 <input type="checkbox"/> 血性便がある。			
	5 黄疸	<input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> 異常に強い			
その他の所見 [合併症の有無等]					
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	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				
症状の経過					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称 及び所在地</p> <p style="text-align: center;">郵便番号 住所 電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 <span style="float: right;">印</span></p>					