

第 2 号様式

養 育 医 療 意 見 書						
ふりがな				性別	生 年 月 日	令 和 年 月 日
氏 名				男 ・ 女		
住 所	那 覇 市				連 絡 先	
出生時 の体重	グラム	妊 娠 期 間	妊 娠 満 (第 週 月)	出 生 時 の 異 常	1. 有 () 2. 無	
症 状 の 概 要	1	一 般 状 態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない (3) 上記(1), (2)の症状なし			
	2	体 温	(1) 摂氏 34 度以下 (2) 上記症状なし			
	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り返す (3) 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分 30 以下 (5) 出血傾向が強い (6) 上記(1) から (5) の症状なし			
	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 (4) 上記(1) から (3) の症状なし			
	5	黄 疸	(1) 有 (強 ・ 中 ・ 弱) ビリルビン値 () (2) 無			
	その他の所見 (合併症の有無等)					
診 療 予 定 期 間		自 令 和 年 月 日 至 令 和 年 月 日				
現在受けている医療		安静 他院からの転院 令和 年 月 日 入院 (無 ・ 有) 医療機関名： 保育器の使用・酸素吸入・鼻腔栄養・交換輸血・注射 その他の医療 ()				
症 状 の 経 過						
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 医師氏名						