

第2号様式

| 養育医療意見書 | | | | | |
|---------------|---|---|---------------|--------|--------------|
| ふりがな 氏名 | | | 性別 男・女 | 生年月日 | 令和 年 月 日 |
| 住所 | 那覇市 | | | 連絡先 | |
| 出生時の体重 の体重 | グラム | 妊娠期間 | 妊娠満週 (第 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 | | | | | |