第2号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養　育　医　療　意　見　書 | | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | 性別 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏　名 | |  | | | | 男・女 |
| 住　所 | | 那覇市 | | | | | 連絡先 |  |
| 出生時の体重 | | ｸﾞﾗﾑ | | 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 　　　　年　　月　　日　　　至 　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 現在受けている医療 | | | 安静　　　　　他院からの転院　　　　　　　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。  　　年　　月　　日  医療機関の名称及び所在地  医師氏名 | | | | | | | | |