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　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |