

様式第2号(第3条関係)

養 育 医 療 意 見 書						
ふりがな			性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
氏名						
居住地				出生時の体重	g	
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれんがある (2) 運動が異常に少ない				
	2 体温	(1) 体温が摂氏34度以下である				
	3 呼吸器 循環器	(1) 強度のチアノーゼが持続する (2) チアノーゼ発作を繰り返す (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向にある (4) 呼吸数が毎分30以下である (5) 出血傾向が強い				
	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している (3) 血性吐物 ・ 血性便がある				
	5 黄疸	(1) あり (強 ・ 中 ・ 弱) (2) なし				
	その他所見 (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	安静 入院 通院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 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 所在地 医療機関 名 称 担当医師名 印 美波町長 様						