

第2号様式（第5条関係）

養育医療意見書					
児童の氏名		性別		生年月日	年 月 日
居住地					
出生時の体重	g	在胎 週数	満 週	アプガー ^{スコア}	生後1分 点 生後5分 点
出生時の体重が 2,000 g を超える場合の未熟性に 係る所見	生活力が特に薄弱であると認められるか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	上記診断に係る所見				
主たる病状 (いずれか一つを選択)	<input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 仮死、無酸素症 <input type="checkbox"/> 先天異常 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 重症黄疸 <input type="checkbox"/> その他 ()				
症 状 の 概 要	1 一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安、痙攣 <input type="checkbox"/> 運動異常			
	2 体 温	<input type="checkbox"/> 摂氏 34 度以下			
	呼吸器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続			<input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分 30 以下
	3	<input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す			<input type="checkbox"/> 出血傾向が強い
	循環器	<input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向			
	4 消化器	<input type="checkbox"/> 生後 24 時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 血性吐物、血性便がある <input type="checkbox"/> 生後 48 時間以上嘔吐が持続			
	5 黄 痘	<input type="checkbox"/> 有 (強 中 弱) [生後 () 時間に発生] <input type="checkbox"/> 無			
その他所見 (合併症の有無等)					
診療予定期間	診療開始 (継続) 日		年 月 日		
	診療終了見込日		年 月 日		
現在受けている医療	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 注射その他の医療				
症状の経過等参考事項					
上記のとおり診断します。					
年 月 日					
指定養育医療機関の名称 及び所在地 担当医師の氏名					