第２号様式（第２条関係）

養　育　医　療　意　見　書（新規・継続）

ふりがな 氏　名		性 別	男・ 女	生年月日	年　月　日
居住地				出生時の体重	グラム

病状の概要	１　一 般 状 態	（１）　運動不安・痙攣 （２）　運動異常
	２　体　　温	（１）　摂氏３４度以下
	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）　毎分３０以下 （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 （３）　血性吐物、血性便がある
	５　黄　　疸	（１）　あり（強・中・弱）〔生後（　　）時間に発生〕　（２）　なし
	その他の所見 （合併症の有無等）	

診察予定期間	年　月　日　から　年　月　日　まで
現在受けている医療	安　静　　入　院 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	

上記のとおり診断します。

年　月　日

指定医療機関の
名称及び所在地

担当医師氏名　　印

医療機関コード　□□□□□□□

保健師による支援の要否　　要　・　否
保健師に行ってほしい指導等　（　　）