

別記第3号様式（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 | | | | | | |
| 在胎週数 | (単胎/双胎(胎)) | | | 出生時の体重 | グラム | |
| 症状の概要 | 一 般 状 況 | 体 温 | 最高()度・最低()度 | | 出血傾向 | 有 無 |
| | | 運 動 | 正常 異常に少なく死んだように眠っている | | 痙攣 | 有 無 |
| | 呼 吸 器 系 | チアノーゼ | 持続している 断続している（間欠期の皮膚の色は 1. 正常 2. 蒼白または赤黒い） 無 | | | |
| | | 呼 吸 数 | 毎分()回 | 呼吸数増加の傾向 | | 有 無 |
| | 消 化 器 系 | 嘔 吐 | 有(1. 血性 2. その他()) 無 | | | |
| | | 生後 24 時間内の排尿 | 有 無 | 生後 24 時間以内の排便 | | 有 無 |
| | | 便の性状 | 1. 正常便 2. 血性便 3. 粘土様無胆汁便 4. その他() | | | |
| | | 黄 疸 | 有(生後()時間に発生) 無 | | 黄疸の強度 | 強・中・弱 |
| | その他の所見 〔合併症の 有無等〕 | | | | | |
| | 必要とする医療 | 閉鎖式保育器の使用 | | 要 不要 | 酸素吸入 | |
| 鼻腔栄養 | | 要 不要 | 注射その他の治療 | | 要 不要 | |
| 診療予定機関 | | | | | | |
| 現在受けている医療 | 安 静 入 院 通 院 往 診 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。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 指定養育医療機関の所在地 名 称 医師 氏 名 印 </div> | | | | | | |