第２号様式（第２条第１項）

|  |
| --- |
| 養　育　医　療　意　見　書 |
| ふりがな |  | 性　別 | 男・女 | 生年月日 | 令和　　　年　　月　　日生 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 在胎週数 | 週　　日 | 出生時の体重 | ｇ | 出生子数 | 単・双・多 |
| 症　状　の　概　要（該当する□に✓印を記入してください。） | 一般状態 | □　運動不安・痙攣がある |
| □　運動が異常に少ない |
| 体　　温 | □　摂氏３４度以下 |
| 呼　吸　器循　環　器 | □　強度のチアノーゼ持続 |
| □　チアノーゼ発作を繰り返す |
| □　呼吸数が毎分５０以上で増加傾向 |
| □　呼吸数が毎分３０以下 |
| □　出血傾向が強い |
| 消　化　器 | □　生後２４時間以上排便がない |
| □　生後４８時間以上嘔吐が持続 |
| □　血性嘔吐・血性便がある |
| 黄　　疸 | □　生後（　　　）時間以内に発生 |
| □　異常に強い黄疸 |
| その他の所見・症状の経過 |  |
| 現在受けている医療 | □　保育器の使用　　□　酸素吸入　　　□　経管栄養□　光線療法　　　　□　注射その他の医療 |
| 診　療　予　定　期　間 | 　　年　　月　　日　から　　　年　　月　　日まで |
| 　上記の概要から、母子保健法第６条第６項に規定する未熟児であって、入院療養が必要であると診断します。令和　　　年　　　月　　　日指定養育医療機関　所在地　　　　　　　　　　名　　称医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |