様式第３（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 県番号 | | | 点数表 | 医療機関コード | | |
|  | | | | | | |  | |  |  |  | | |
| 養　 育 　医 　療 　意 　見 　書 | | | | | | | | | | | | | |
| 本　人　氏　名 | | |  | | 性別 | 男・女 | | 生年月日 | | | 年　 月 　日生 | | |
| 居　　住　　地 | | |  | | | | | 出生時の体重 | | | | グラム | |
| 症　　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） 呼吸数が毎分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）　　　（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　　　　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 |  | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断します。  年　　　月　　　日  指定医療機関の名称及び所在地  医　師　氏　名 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | 事務担当  者確認印 |