様式第2号

秩父市

養育医療意見書

ふりがな 乳児氏名		性別	男・女	生年月日	年　月　日生
在胎週数	週　（□単胎　／□双胎（　胎））			出生時の体重	グラム

症状の概要	1 一般状態	(1)運動不安・けいれん (2)運動異常
	2 体温	摂氏34℃以下
	3 呼吸器 循環器	(1)強度のチアノーゼが持続する (2)チアノーゼ発作を繰り返す (3)呼吸数が毎分50以上で増加傾向にある (4)呼吸数が毎分30以下である (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する (3)血性吐物・血性便がある
	5 黄疸	(1)生後数時間以内に発生 (2)異常に強い
	その他の所見 （合併症の有無等）	□ 症状の概要1～5に準ずる症状にある （上記に該当する場合、☑を入れ、詳しい症状をこちらに記入してください）
診療予定期間		年　月　日から　年　月　日まで
現在受けている医療		保育器の使用　人工換気療法　酸素吸入　経管栄養　持続静脈内注射 その他の医療
現状の経過		

上記のとおり診断します。

年　月　日

医療機関の名称及び所在地

医師氏名