様式第２号（第３条関係）

養　育　医　療　意　見　書

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	g

症状の概要	１　一般状態	（１）運動不安・痙攣がある （２）運動が異常に少ない
	２　体温	（１）体温が摂氏３４度以下である
	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している （３）血性吐物　・　血性便がある
	５　黄疸	（１）あり（　強　・　中　・　弱　）　（２）なし
	その他所見 (合併症の有無等)	

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	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	

上記のとおり診断する。

年　月　日

所　在　地

医療機関　名　称

担当医師名　印

塩竈市長　殿