様式第２号（第５条関係）

<table>
<tr><td colspan="6">養　育　医　療　意　見　書</td></tr>
<tr><td>氏　名（ふりがな）</td><td colspan="2">----------</td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td><td>出生時の体重</td><td>g</td></tr>
<tr><td rowspan="7">症状の概要</td><td>1一般状態</td><td colspan="4">（１）運動不安　　（２）運動異常</td></tr>
<tr><td>2体温</td><td colspan="4">（１）摂氏３４度以下</td></tr>
<tr><td>3呼吸器
循環器</td><td colspan="4">（１）チアノーゼ・・・　ア強度で持続する
イ発作を繰り返す
（２）呼吸器　ア毎分50を超え増加傾向
イ毎分30以下
（３）出血傾向が強い</td></tr>
<tr><td>4消化器系</td><td colspan="4">（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</td></tr>
<tr><td>5黄疸</td><td colspan="4">（１）生後数時間以内に出現　　（２）異常に強い</td></tr>
<tr><td>その他の所見
（合併症等の有無）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">診療予定期間</td><td colspan="4">年　月　日から　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">現在受けている医療</td><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">症　状　の　経　過</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり診断する

年　月　日

指定医療機関の名称
所在地
医師名</td></tr>
</table>