様式第１号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養 育 医 療 意 見 書（初回用） | | | | | | | |
| ふりがな |  | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | |
| 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・けいれんがある  　(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)　血性嘔吐がある  　(4)　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 | 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 | | | | | | |
| 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  　　　　　　　電話番号  　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  石巻市長　（あて） | | | | | | | |