

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 3 4 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 5 0 以上で増加傾向にある (4) 呼吸数が毎分 3 0 以下である (5) 出血傾向が強い			
	4 消化器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない (2) 生後 4 8 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）					