第２号様式

（宛先）松　戸　市　長

養　育　医　療　意　見　書

ふりがな 氏　名		男・女	生年 月日	年　　月　　日
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　一般症状	⑴　運動不安・痙攣 ⑵　運動が異常に少ない
	２　体温	⑴　摂氏３４度以下
	３　呼吸器 循環器	⑴　強度のチアノーゼ持続 ⑵　チアノーゼ発作を繰り返す ⑶　呼吸数が毎分５０以上で増加傾向 ⑷　呼吸数が毎分３０以下 ⑸　出血傾向が強い
	４　消化器	⑴　生後２４時間以上排便がない ⑵　生後４８時間以上嘔吐が持続 ⑶　血性吐物がある ⑷　血性便がある
	５　黄疸	⑴　生後数時間以内に発生　　⑵　異常に強い
	その他の所見 （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

医療機関の名称及び所在地

郵便番号

電話番号

医師氏名