

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／多胎（胎））	出生時の体重		グラム

症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動が異常に少ない
	2 体温	(1) 摂氏34度以下
	3 呼吸器循環器	(1) 強度のチアノーゼ持続 (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 (4) 呼吸数が毎分30以下 (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 (3) 血性吐物がある (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。

診断年月日	
指定医療機関名及び所在地	(郵便番号 —) (電話番号) 医療機関コード □□□□□□□□
診療科及び医師氏名	科 ㊟