

養育医療意見書						
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
氏名						
在胎週数	(単胎／双胎(胎))			出生体重	グラム	
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不安、けいれん (2) 運動異常				
	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) チアノーゼ発生を繰り返す。 (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、おう吐が持続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある				
	5 黄だん	(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						
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関 郵便番号 所在地 名称 医師氏名 ㊟</p>						

この意見書は必ず医療機関の事務
担当者に確認してもらってください。

確認印