

養育医療意見書

ふ り が な			男・女	生年月日	年 月 日
氏 名					
在 胎 週 数		(単胎／双胎 (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 3 4 度以下			
	呼 吸 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 循 環 器	(3) 呼吸数が毎分 5 0 以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分 3 0 以下 (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 (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。 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 電話番号 医師氏名					

注 症状の概要の欄等は、該当箇所を○で囲んでください。