

養育医療意見書

ふりがな			性別	生年月日	
受療者氏名			男・女	年 月 日	
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・けいれんがある (2) 運動が異常に少ない			
	2 体温	摂氏34度以下			
	3 呼吸器 循環器	(1) 強度のチアノーゼが持続 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (3) 呼吸数が毎分50を超えて増加傾向 (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	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> その他の医療 ( )				
症状の 経過					
上記のとおり診断します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">           指定養育医療機関 所在地            名称            電話番号            医師氏名         </div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>					