

養育医療意見書

ふりがな 氏名		男・女	生年 月日	令和 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	令和 年 月 日 から 令和 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。		医療機関コード <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
令和 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									
		印									