

## 養育医療意見書

ふりがな				生年月日	年 月 日
氏名		性別	男・女		
居住地				出生時の体重	(在胎 週) グラム

- ※ 症状の概要欄は (1) あり、(2) なしのいずれかを○で囲むこと。
- ※ 出生時体重が2000gを越える場合は、詳しい症状を記載すること。
- ※ 出生時の状況又は、養育医療が必要と思われる状況を記載すること。

症 状 の 概 要	1 一般状態	運動不安・痙攣 運動異常	(1) あり (2) なし (1) あり (2) なし
	2 体温	摂氏34度以下	(1) あり (2) なし
	3 呼吸器 循環器	強度のチアノーゼ	(1) あり (2) なし
		チアノーゼ発作を繰り返す	(1) あり (2) なし
		呼吸数が毎分50以上で増加傾向	(1) あり (2) なし
	4 消化器	呼吸数毎分30以下	(1) あり (2) なし
		出血傾向が強い	(1) あり (2) なし
生後24時間以上排便がない		(1) あり (2) なし	
5 黄疸	生後48時間以上嘔吐が持続	(1) あり (2) なし	
	血性吐物・血性便がある	(1) あり (2) なし	
その他の所見 (合併症の有無等)	(1) あり (強・中・弱) (2) なし		

診療予定期間	自 年 月 日 至 年 月 日
--------	-----------------

現在受けている医療	安静入院 他院からの転院：無 有 <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</span> 年 月 日 <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span> 医療機関名 保育器の使用・酸素吸入・鼻腔栄養・交換輸血・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

指定医療機関の名称及び所在地

医師氏名

