

養育医療意見書

ふりがな 氏名		性別	男 女	生年月日	令和 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	※ 下記の症状で未熟性に起因する項目があれば○をつけてください。				
	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。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 医療機関名称 所在地 医師氏名 印 </div>					