

養育医療意見書

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
氏名			出生時の体重	グラム
居住地			出生時の体重	グラム
症状の概要	1 一般状況	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動異常		
	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) 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・血性便がある		
	5 黄疸	(1) あり (強・中・弱) (2) なし		
	その他の所見 (合併症の有無等)			
診断予定期間	年 月 日から 年 月 日まで			
現在受けている医療	安 静 入院・通院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療			
経過の症状				

上記のとおり診断する

診断年月日	年 月 日
指定医療機関名及び所在地	(郵便番号 -) 医療機関コード [] [] [] [] [] [] [] []
担当医師氏名	印