

| 養育医療意見書 | | | | |
|---|---|--|---------|------|
| ふりがな | | | 男・女 | 生年月日 |
| 氏名 | | | 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 (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 | 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 | | | | |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名称及び所在地</p> <p style="text-align: center;">郵便番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 ㊟</p> | | | | |

※医師本人の自署であれば押印省略可とする。