

| 養育医療意見書 | | | |
|--------------------------------------|---|---|-------|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 |
| 氏名 | | | 年 月 日 |
| 居住地 | 不破郡関ヶ原町 | | |
| 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・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) | | |
| | 診察予定期間 | 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 | | | |
| 上記のとおり診断する。 年 月 日 | | | |
| 指定養育医療機関 所在地 〒 電話番号 名称 医師氏名 | | | |
| | | | 印 |