

養育医療意見書						
ふりがな 氏名		性別	男 女	生年月日	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) 生後数週間以内に発生 (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>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の所在地及び名称 郵便番号</p> <p>電話番号</p> <p>医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						