

養育医療意見書				
ふりがな		男・女	生年 月日	年 月 日
氏 名				
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	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・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			
病状の 経過				
上記のとおり診断する。				
年 月 日				
指定養育医療機関 名 称				
所在地				
電話番号				
医師氏名 _____ (印)				

