

養育医療意見書

ふりがな 氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日
居住地				在胎週数	週 日
保護者名	該当児の氏名が未定の場合に記載			出生時の体重	g
症 状 の 概 要	※ 下記の症状で未熟性に起因する項目があれば○をつけてください。				
	1 一般状態	(1) 運動不足・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) 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) あり(強) 1 交換輸血(実施・未実施) 2 光線療法(実施・未実施)			
	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					
症状の 経過					
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名称 所在地 医師氏名 ㊟					