

養育医療意見書

ふりがな 氏名		性別 男女	生年月日	令和 年 月 日
居住地			在胎週数	週 日 (単胎/双胎 (胎))
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)			
診療 予定期間	令和 年 月 日 から 令和 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。 令和 年 月 日 医療機関名称 所在地 医師氏名 印				