

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
在胎週数		週(単胎 / 双胎( 胎))	出生時の 体重 g
症 状 の 概 要 (該当するものにチェックしてください)	1 一般状態	<input type="checkbox"/> (1) 運動不足・痙攣 <input type="checkbox"/> (2) 運動が異常に少ない	
	2 体温	<input type="checkbox"/> (1) 摂氏34度以下	
	3 呼吸器循環器	<input type="checkbox"/> (1) 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> (2) チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 <input type="checkbox"/> (4) 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> (5) 出血傾向が強い	
	4 消化器	<input type="checkbox"/> (1) 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> (2) 生後48時間以上嘔吐が持続 <input type="checkbox"/> (3) 血性吐物がある <input type="checkbox"/> (4) 血性便がある。	
	5 黄疸	<input type="checkbox"/> (1) 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> (2) 異常に強い	
	6 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 <input type="checkbox"/> 見込 <input type="checkbox"/> 退院済 <input type="checkbox"/> 転院済		
他医療機関からの転院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 転院元医療機関名〔 〕 転院日 令和 年 月 日		
現在受けている医療	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈注射 <input type="checkbox"/> その他の医療		
症状の経過			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 〒 - 住 所 医療機関名 電話番号 医師氏名			