

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	☐ (1) 運動不足・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	
	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 ☐ 見込 ☐ 退院済 ☐ 転院済	
他医療機関からの転院		☐ 無 ☐ 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		☐ 保育器の使用 ☐ 人工換気療法 ☐ 酸素吸入 ☐ 経管栄養 ☐ 持続静脈注射 ☐ 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 〒 ー 住 所 医療機関名 電話番号 医師氏名			