

| 養育医療意見書 | | | | | |
|---|---------------------|--|----------|-----------|--------------|
| ふりがな | | | 男・女 | 生年 月日 | 年 月 日 |
| 氏 名 | | (単胎/双胎 (胎)) | | 出生時の体重 | グラム |
| 在胎週数 | | | | | |
| 症状の概要 | 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 | (3) 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時間以上おう吐が持続 (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 | 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 その他の医療 | | 人工換気療法 | 酸素吸入 | 経管栄養 持続静脈内注射 |
| 症状の経過 | | | | | |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称および所在地 郵便番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p> | | | | | |