

養育医療意見書

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名					
居住地				連絡先	
出生時の体重	グラム	在胎週数	____ 週 ____ 日 (単胎/双胎 (胎))	出生時の異常	1. 有 () 2. 無
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない (3) 上記(1)、(2)の症状なし			
	2 体温	(1) 34℃以下 (2) 上記症状なし			
	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 (6) 上記(1)から(5)までの症状なし			
	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 (4) 上記(1)から(3)までの症状なし			
	5 黄疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い (3) 無			
	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	安静入院 退院からの転院 : 無 有 { 医療機関 保育器の使用・人工換気療法・酸素吸入・経管栄養・交換輸血・持続静脈内注射 その他の医療 ()				
症状の経過					
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定医療機関の名称 所在地 電話番号 医師氏名					
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div>					