

養育医療意見書

ふりがな				性別	男・女	生年月日	年 月 日
本人氏名				住所地又は現在地			
出生時の状態		在胎週数	週	出生時体重	g	単胎・多胎（胎）	
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		(具体的な状況を記入して下さい。)		
	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・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		血液ビリルビン濃度（最高値） (mg/dl)		
	その他の所見 合併症の有無等						
入院予定期間		年 月 日 から 年 月 日まで					
現在受けている医療 <small>具体的な症状があれば括弧内に記入してください。</small>		(1) 保育器の使用 有・無 人工換気療法・酸素吸入 (2) 補助呼吸 有・無 有の場合 ( ) (3) 栄養の摂取方法 経口栄養・経管栄養・中心静脈栄養・その他 ( ) (4) 持続静脈内注射・その他の医療 ( )					
出生に至る経過 症状の経過		(1) 本院にて出生 (2) 他院にて出生 ( 転院理由 )					
<p>上記のとおり診断します。          年 月 日          指定養育医療機関の名称及び所在地          電話          担当医師氏名</p>							