

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		居住地						
出生時の状態		在胎週数	週	出生時体重	グラム	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ください)			
	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		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						
現在受けている医療 具体的な症状があれば () 内に記入して下さい		(1) 保育器の使用 有・無		人口換気療法・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 ()						
出産に至る経過 症状の経過		(1) 本院にて出生 (2) 他院にて出生 (転院理由)						
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の名称及び所在地</p> <p>郵便番号</p> <p>電話番号</p> <p>担当医師氏名</p>								

会計確認欄	担当者所属		担当者	
	確認年月日		電話番号（内線）	()