

## 養育医療意見書

ふりがな 氏 名			男・女	生年月日	年 月 日
居住地		出生時の体重		グラム	
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安 (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) チアノーゼ.....	{ ア強度で持続する イ発作を繰り返す		
	(2) 呼吸数.....	{ ア毎分50を超え増加傾向 イ毎分30以下			
	(3) 出血傾向が強い				
	4 消化器系	(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) 生後数時間以内に出現 (2) 異常に強い			
その他の所見 (合併症等の有無)					
診療予定期間		年 月 日から		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  <div style="text-align: right;">                     指定養育医療機関の名称及び所在地                      〒                      医療機関名                      電話番号                      医師名                      (※本人が署名しない場合は、記名押印してください)                 </div>					