

養育医療意見書

本人	氏名	男 女	生年月日	年 月 日	
	在胎週数	週	日	出生時の体重 g	
	住所				
症状の概要	一般状態	体温 最高 度 最低 度		出血の傾向 有 ・ 無	
		運動 正常・異常に少ない		運動不安 有 ・ 無	
	呼吸器系	チアノーゼ 持続している 無 断続している（間けつ期の皮膚の色 1 正常 2 蒼白又は赤黒）			
		呼吸数 毎分 回	呼吸数増加の傾向 有 ・ 無		
	消化器系	嘔吐 有（1 血性 2 その他（ ）） 無			
		生後 24 時間以内の排尿 有 ・ 無		生後 24 時以内の排便 有 ・ 無	
		便の正常 1 正常便 2 血性便 3 粘土様胆汁便 4 その他（ ）			
		黄疸 有（生後 時間に発生） 無		強度 強 ・ 中 ・ 弱	
	その他の所見（合併症の有無等）				
	必要とする医療	閉鎖式保育器の使用 要 ・ 不要		酸素吸入 要 ・ 不要	
鼻腔栄養 要 ・ 不要		注射その他の治療 要 ・ 不要			
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 1 保育器の使用 2 人工換気療法 3 酸素吸入 4 経管栄養 5 持続静脈内注射 6 その他の医療					
症状の経過					
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定医療機関の 名称及び所在地 医師氏名 印					