

養育医療意見書

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
居住地				出生時の体重	グラム	
	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動異常				
	2 体温	(1) 34℃以下				
	3 呼吸器 循環器	(1) 強度チアノーゼ持続 (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) 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) あり (強・中・弱) (2) なし				
	その他の所見 (合併症等の有無等)					
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 通院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 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; margin-top: 10px;"> 所在地 医療機関名称 担当医師 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>						

注 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。