

養育医療意見書

| | | | | |
|------|----------------|-------------|------------|--------|
| フリガナ | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 氏名 | | | | |
| 在胎週数 | 週 日 [単胎/双胎(胎)] | | 出生時の 体重 | グラム |

| | | |
|-----------------------|---------------------|--|
| 症 状 の 概 要 | 1 一般状態 | (1) 運動不安・けいれん (2) 運動異常 |
| | 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 |
| | その他の所見 (合併症の有無等) | |

| | |
|--------|---------------|
| 診療予定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|--------|---------------|

| | |
|-----------|--------------------------------------|
| 現在受けている医療 | 保育器の使用・人工換気療法・経管栄養・持続静脈内注射 その他の医療 |
|-----------|--------------------------------------|

| | |
|-------|--|
| 病状の経過 | |
|-------|--|

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

〒

電話番号

担当医師氏名