

養育医療意見書						
ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏 名						
居住地					連絡先	
出生時の体重	グラム	在胎週数	週 日 (単胎/双胎(胎))	出生時の異常	1 有() 2 無	
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない (3) 上記(1), (2)の症状なし				
	2 体 温	(1) 摂氏34度以下 (2) 上記症状なし				
	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 (6) 上記(1)から(5)の症状なし				
	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 (4) 上記(1)から(3)の症状なし				
	5 黄 疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い (3) 無				
	その他の所見 (合併症の有無等)					
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 他院からの転院 : 無 有 { 年 月 日 医療機関名 保育器の使用・人工換気療法・酸素吸入・経管栄養・交換輸血・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 医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号 医師氏名 印						