

| 養 育 医 療 意 見 書   |  |  |        |          |
|---|--|--|--------|----------|
| ふりがな<br>氏 名   |  | 男・女  | 生年月日   | 平成 年 月 日 |
| 在胎週数  | (単胎/双胎 ( 胎 ) )                           |  | 出生時の体重 | グラム      |
| 症<br>状<br>の<br>概<br>要   | 1 一 般 状 態                                | (1) 運動不安・痙攣<br>(2) 運動が異常に少ない   |        |          |
|   | 2 体 温                                    | (1) 摂氏34度以下  |        |          |
|   | 3 呼 吸 器<br>循 環 器                         | (1) 強度のチアノーゼ維持<br>(2) チアノーゼ発作を繰り返す<br>(3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向<br>(4) 呼吸数が毎分30以下<br>(5) 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<br>(2) 生後48時間以上嘔吐が持続<br>(3) 血性吐物がある<br>(4) 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   |        |          |
|   | その他所見<br>(合併症等の有無)                       |  |        |          |
| 診 療 予 定 期 間   | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで                    |  |        |          |
| 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 持続静脈注射<br>その他の医療 |  |        |          |
| 症 状 の 経 過   |  |  |        |          |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称及び所在地</p> <p style="text-align: center;">郵便番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p> |  |  |        |          |