

養育医療意見書

ふりがな		性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日
本人氏名		居住地			
出生時の状態	在胎週数 () 週	出生時体重 () グラム	単胎・多胎 (胎)		
症 状 の 概 要	1	一般状態	(1)運動不安・痙攣 (具体的な状況を記入して下さい) (2)運動異常		
	2	体温	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)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)有 (強・中・弱) (2)無 血中ビリルビン濃度 (最高値) (mg/dl)		
その他の所見 (合併症の有無等)					
入院予定期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
現在受けている 医療 具体的な状況があれば () 内に記入して下さい		(1)保育器の使用 有 無 酸素の使用 有 無 (2)補助呼吸 有 無 有の場合 () (3)栄養の摂取方法 経口栄養 経管栄養 中心静脈栄養 その他 () (4)注射その他の医療 ()			
出生に至る経過 症状の経過		(1)本院にて出生 (2)他院にて出生 (転院理由)			
上記のとおり診断する。 平成 年 月 日 指定医療機関の名称及び所在地 担当医師氏名 印					

会計確認欄	担当者所属		担当者	
	確認年月日	平成 年 月 日	電話番号 (内線)	()