

養育医療意見書					
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名					
在胎週数	(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・痙攣 (2)運動が異常に少ない			
	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)血性吐物がある (4)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 から 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					
郵便番号					
所在地					
指定養育医療機関名称					
電話番号					
担当医師					