

養育医療意見書				
ふりがな 氏名		男・女		生年月日 令和 年 月 日
住所		在胎週数	週(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 (2) 運動異常		
	2 体温	(1) 摂氏34度以下		
	3 呼吸器 循環器	(1) チアノーゼ・・・・・・・・ { ア強度で持続する イ発作を繰り返す (2) 呼吸数・・・・・・・・ { ア毎分50を超え増加傾向 イ毎分30以下 (3) 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 (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) 生後数時間以内に出現 (2) 異常に強い		
	その他の所見 (合併症等の有無)			
診療予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
現在受けている医療	安静 入院 通院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療			
症状の経過				
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 指定養育医療機関の所在地 名称 医師氏名				