

養 育 医 療 意 見 書			
フリガナ			
氏 名		男・女	生年月日
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	<input type="checkbox"/> (1) 運動不安・痙攣 <input type="checkbox"/> (2) 運動が異常に少ない	
	2 体温	<input type="checkbox"/> (1) 摂氏34度以下	
	3 呼吸器・循環器	<input type="checkbox"/> (1) 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> (2) チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 <input type="checkbox"/> (4) 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> (5) 出血傾向が強い	
	4 消化器	<input type="checkbox"/> (1) 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> (2) 生後48時間以上嘔吐が持続 <input type="checkbox"/> (3) 血性吐物がある <input type="checkbox"/> (4) 血性便がある	
	5 黄疸	<input type="checkbox"/> (1) 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> (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	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> その他の医療()		
症 状 の 経 過			
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定養育医療機関 所在地 名 称 担当医師名			