

養育医療意見書

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|--|--------|----------|----------|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな | | | 男・女 | 生年 月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | |
| 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 一般状況 | (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 | 令和 年 月 日 から 令和 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。 | | 医療機関コード | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | 医療機関の名称及び所在地 | | | | | | | | | |
| | | 郵便番号 電話番号 | | | | | | | | | |
| | | 医師氏名 | | | | | | | | | |