

養育医療意見書

本人	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 年 月 日	出生時の体重 g	
	住所 桜川市			在胎週数 週 日 単胎/双胎 (胎)	
症状の概要	一般状態	体温 最高 度 最低 度		出血の傾向 有 ・ 無	
		運動 正常 ・ 異常に少ない		運動不安 有 ・ 無	
	呼吸器系	チアノーゼ 持続している 無 断続している (間けつ期の皮膚の色 1 正常 2 蒼白又は赤黒)			
		呼吸数 毎分 回	呼吸数増加の傾向 有 ・ 無		
	消化器系	嘔吐 有 (1 血性 2 その他 ()) 無			
		生後24時間以内の排尿 有 ・ 無	生後24時間以内の排便 有 ・ 無		
		便の性状 1 正常便 2 血性便 3 粘土様胆汁便 4 その他 ()			
		黄疸 有 (生後 時間に発生) ・ 無	強度 強 ・ 中 ・ 弱		
	要	その他の所見 (合併症の有無等)			
	必要な医療	閉鎖式保育器の使用 要 ・ 不要		酸素吸入 要 ・ 不要	
鼻腔栄養 要 ・ 不要		注射その他の治療 要 ・ 不要			
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 1 安静 2 入院 3 保育器の使用 4 人工換気療法 5 酸素吸入 6 鼻腔栄養 7 経管栄養 8 持続静脈内注射 9 その他の医療					
症状の経過					
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号 医師氏名					