

養 育 医 療 意 見 書					
フリガナ			性別	男・女	生年月日
氏 名					年 月 日
居住地				出生時の 体重	(在胎 週) グラム
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動異常			
	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) 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・血性便がある			
	5 黄 疸	(1) あり (強・中・弱) (2) なし			
	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				
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。 年 月 日  医療機関の名称及び所在地  医 師 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>					

この意見書は指定医療機関で記入のこと。