

養育医療意見書

ふりがな				性別	生年月日								
受療者氏名				男・女	年月日								
出生時の体重	g	在胎週数	満週 (単胎/双胎)	アプガー スコア	生後1分 点	出生の場所							
						(1) 自院 (2) 他院 (3) その他							
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動が異常に少ない											
	2 体温	(1) 摂氏 34 度以下											
	3 呼吸器系 循環器系	(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	年 月 日 から 年 月 日 まで												
現在受けている医療	(1) 保育器の使用 (2) 酸素吸入 (3) 人工換気療法 (4) 経管栄養 (5) 持続静脈内注射 (6) その他の医療 ()												
症状の経過													
上記のとおり診断する。													
年 月 日													
医療機関コード	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												
指定養育医療機関の名称及び所在地													
電話番号													
担当医師氏名													

(注) 1 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。
 2 本意見書の交付にあたっては、指定養育医療機関の医事担当課を経由してください。その際、医療機関コードについては、必ず記入してください。