

養育医療意見書

本人	氏名	男 ・ 女	生年月日  年 月 日	出生時の体重  g
	住所			在胎週数  週 単胎/双胎(胎)
症	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	
状	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	
の概	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)			
必要とする医療	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 酸素吸入 5 鼻腔栄養 6 注射その他の医療				
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 医師 氏名				