

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
	在胎週数	(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		
	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 保育器の使用, 2 人工換気療法, 3 酸素吸入, 4 経管栄養, 5 持続静脈内注射, 6 往診, 7 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 電話番号 医師氏名印 印						