

養育医療意見書					
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏 名					
居 住 地					
在胎週数	週 日	単胎／多胎（ 胎）		出生時の体重	g
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 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) 呼吸数が毎分 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 時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物、血性便がある			
	5 黄 だ ん	(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	保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 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 ⑩					

備考 指定養育医療機関を転院する場合は、「症状の経過」欄へ転院を必要とする理由を記載して下さい。