

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				出生時の体重	グラム
				在胎期間	週 日
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	自 年 月 日 至 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					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称 及び所在地</p> <p>医 師 氏 名 科 印</p>					