

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	庄原市			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) 運動異常			
	2 体 温	(1) 摂氏 34 度以下			
	3 呼 吸 器 循 環 器	(1) チアノーゼ ア 持続 イ 断続（間けつ期の皮膚の色①正常 ②蒼白・赤黒い） ウ 無 (2) 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向又は毎分 30 以下 (3) 出血傾向が強い。			
	4 消 化 器	(1) 生後 24 時間以上排尿又は排便のないもの (2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物又は血性便がある。			
	5 黄 だ ん	(1) 有（生後 時間発生）（強・中・弱） (2) 無			
	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・その他の医療	要・不要	
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 往診 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療				
病 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 (印)					