

記入例

養 育 医 療 意 見 書									
ふりがな 氏 名				性別	男・女		生年月日	令和	年 月 日生
在胎週数		(単胎 / 双胎 (胎))				出生時の体重		グラム	
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (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					意見書は、入院している指定医療 機関の担当医師に記載して いただってください。		
	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) 血性吐物がある (4) 血性便がある							
	5 黄 疸	(1) 生後数時間内に発生 (2) 異常に強い							
	その他の所見 (合併症の有無等)								
	診期 療予 定間	令和 年 月 日 から 令和 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 過 程									
上記のとおり診断します。 令和 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									