

養育医療意見書

ふりがな		性別	生年月日			
本人氏名 (対象者)		男・女	年月日			
居住地						
出生時の体重	g	在胎週数	満週 単胎/双胎 (胎)	アプガー スコア	生後1分	出生の場所
					点	(1)自院 (2)他院 (3)その他
主たる症状 (1つ選んでください)	(1)極小未熟児 (2)呼吸障害 (3)仮死・無酸素症 (4)先天異常 (5)感染症 (6)重症黄疸 (7)その他					
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1)運動不足・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 呼吸器系 循環器系	(1)強度のチアノーゼ持続 (4)呼吸回数が毎分30以下 (2)チアノーゼ発作を繰り返す (5)出血傾向が強い (3)呼吸回数が毎分50以上で増加傾向				
	4 消化器系	(1)生後24時間以上排便がない (3)血性吐物・血性便がある (2)生後48時間以上おう吐が持続				
	5 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)					
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)酸素吸入 (3)人工換気療法 (4)経管栄養 (5)持続静脈内注射 (6)交換輸血 (7)光線療法 (8)その他の医療					
症状の経過						
上記のとおり診断する。						
年 月 日						
医療機関コード <input type="text"/>						
指定養育医療機関の名称						
所在地						
担当医師氏名 ㊞						

- (注) 1 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。
2 本意見書の交付にあたっては、指定養育医療機関の医事担当課を経由してください。
その際、医療機関コードについては、必ず記入してください。