

## 養育医療意見書

|               |   |  |     |          |       |
|---------------|---|--|-----|----------|-------|
| ふりがな          |   |  | 男・女 | 生年<br>月日 | 年 月 日 |
| 氏名            |   |  |     |          |       |
| 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<br>(2) 運動が異常に少ない   |     |          |       |
|               | 2 体温                                      | (1) 摂氏34度以下  |     |          |       |
|               | 3 呼吸器<br>循環器                              | (1) 強度のチアノーゼ持続<br>(2) チアノーゼ発作を繰り返す。<br>(3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向<br>(4) 呼吸数が毎分30以下<br>(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。<br>(2) 生後48時間以上嘔吐が持続<br>(3) 血性吐物がある。<br>(4) 血清便がある。                       |     |          |       |
|               | 5 黄疸                                      | (1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い。  |     |          |       |
|               | その他の所見<br>(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<br>その他の医療 |  |     |          |       |
| 症状の経過         |   |  |     |          |       |
| 上記のとおり診断する。   |   |  |     |          |       |
| 年 月 日         |   |  |     |          |       |
| 医療機関の名称および所在地 |   |  |     |          |       |
| 郵便番号          |   |  |     |          |       |
| 電話番号          |   |  |     |          |       |
| 医師氏名          |   |  |     |          |       |