

様式第3号

養育医療意見書			
ふりがな		男	生年 平成 年 月 日
氏名		女	
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) 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) 血性吐物がある (4) 血性便がある	
	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 (合併症の有無等)		
診療予定期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日		
現在受けている医療	保育器の使用 人工換気両方 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 その他の医療 外科手術 (見込みを含む) の有無 (有 ・ 無)		
症状の経過			
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地</p> <p>郵便番号</p> <p>電話番号</p> <p>医師氏名 印</p>			