

様式第3号

| 養育医療意見書 | | | | |
|--|--|--|-----|----------|
| ふりがな | | 男 | 生年 | 令和 年 月 日 |
| 氏名 | | 女 | 年月日 | |
| 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 | 自令和 年 月 日 至令和 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 | | | | |
| 上記のとおり診断する。 | | | | |
| 令和 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号 医師氏名 印 | | | | |