

養育医療意見書

本人 (乳児)	氏名 男・女		生年月日 年 月 日	出生時の体重 g	
	住所				
症状の概要	一般状態	体温 最高 度 最低 度		出血の傾向 有 ・ 無	
		運動 正常・異常に少ない		運動不安 有 ・ 無	
	呼吸器系	チアノーゼ 持続している 無 断続している (間けつ期の皮膚の色 1 正常 2 蒼白又は赤黒)			
		呼吸数 毎分 回	呼吸数増加の傾向 有 ・ 無		
	消化器系	嘔吐 有 (1 血性 2 その他 ()) ・ 無			
		生後 2 4 時間以内の排尿 有 ・ 無		生後 2 4 時間以内排便 有 ・ 無	
		便の性状 1 正常便 2 血性便 3 粘土様胆汁便 4 その他 ()			
		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)				
	必要とする 医療	閉鎖式保育器の使用 要 ・ 不要			酸素吸入 要 ・ 不要
鼻腔栄養 要 ・ 不要			注射その他の治療 要 ・ 不要		
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 安静 2 入院 3 通院 4 往診 5 保育器の使用 6 酸素吸入 7 鼻腔栄養 8 注射その他の医療					
症状の経過					
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定医療機関の名称 郵便番号 所在地 電話番号 医師氏名					