

訂正している箇所は、医師の訂正印が必要

養育医療意見書

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
氏名				
在胎週数	週 (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) 呼吸数が毎分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 血性便がある
	その他の所見 (合併症の有無等)	生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い

出生時体重が2,000グラム以下の時は、「症状の概要」に記載がなくても可

出生時体重が2,000グラムを超える場合は「症状の概要」欄のいずれかに該当しなければいけない

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

始まりは、出生日からなくてもよい (医師が、必要と認めた日から)

1歳未満なので、最長で誕生日の前々日まで

症状の経過	
-------	--

上記のとおり診断する。

年 月 日
 医療機関の名称及び所在地
 郵便番号
 電話番号
 医師氏名