

養育医療意見書

ふりがな			性別	生 年 月 日		
氏 名			男・女	令和 年 月 日		
居 住 地						
出生時の体重	g	在胎週数	満 週	アプガー スコア	生後1分 点	出生の場所
						(1)自院 (2)他院 (3)その他
主たる症状 (1つ選んでください)	(1)極小未熟児 (2)呼吸障害 (3)仮死・無酸素症 (4)先天異常 (5)感 染 症 (6)重症黄疸 (7)その他()					
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1)運動不足・けいれん (2)運動異常				
	2 体 温	(1)摂氏34度以下				
	3 呼吸器系 循環器系	(1)強度のチアノーゼ持続 (4)呼吸数が毎分30以下 (2)チアノーゼ発作を繰り返す (5)出血傾向が強い (3)呼吸数が毎分50以上で増加傾向				
	4 消化器系	(1)生後24時間以上排便がない (3)血性吐物・血性便がある (2)生後48時間以上嘔吐が持続				
	5 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)					
診療予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで					
現在受けている 医 療	(1)保育器の使用 (2)酸素吸入 (3)人工呼吸器の使用 (4)鼻 ころ 栄 養 (5)輸 液 (6)交換輸血 (7)光 線 療 法 (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。						
令和 年 月 日						
医療機関コード _____						
指定養育医療機関の名称 _____						
所 在 地 _____						
担 当 医 師 氏 名 _____						

- (注) 1 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。
2 本意見書の交付にあたっては、指定養育医療機関の医事担当課を経由してください。
医療機関コードは、必ずご記入ください。

