

養 育 医 療 意 見 書

本人	氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日	出生時の体重
	住 所					
		市 郡		町 村		番地
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24時間以内の排尿 有 ・ 無		生後24時間以内の排便 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）					
	医 必 要 と す 療 る	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 名称及び所在地 医師氏名印 印						