

## 養育医療意見書

|   |   |  |     |        |          |
|---|---|--|-----|--------|----------|
| ふりがな<br>氏名  |   | 性別   | 男 女 | 生年月日   | 令和 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<br>(2) 運動が異常に少ない   |     |        |          |
|   | 2 体 温   | (1) 摂氏34度以下  |     |        |          |
|   | 3 呼 吸 器<br>循 環 器                                      | (1) 強度のチアノーゼ持続<br>(2) チアノーゼ発作を繰り返す<br>(3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向<br>(4) 呼吸数が毎分30以下<br>(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<br>(2) 生後48時間以上嘔吐が持続<br>(3) 血性吐物がある<br>(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<br>(合併症の有無等)                                   |  |     |        |          |
|   | 診療予定<br>期間  | 年 月 日 から 年 月 日 まで  |     |        |          |
| 現在受<br>けている<br>医療   | 保育器の使用    人工換気療法    酸素吸入    経管栄養    持続静脈内注射<br>その他の医療 |  |     |        |          |
| 症状の<br>経過   |   |  |     |        |          |
| 上記のとおり診断する。<br><div style="text-align: center;">                     年 月 日<br/>                     医療機関の名称及び所在地<br/>                     郵便番号<br/>                     電話番号<br/>                     医師氏名                 </div> |   |  |     |        |          |