|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療意見書 | | | | | | | |
| ふりがな  氏　名 |  | | 性　別 | 男・女 | 生　年  月　日 | 年　　月　　日 | |
| 第　　　　　　子 | |
| 住　所 | 電話　　　（　　　） | | | | 出生時体重 | | ｇ |
| 在胎週数 | | 週 |
| 症  状  の  概  要 | 1　一般状態 | 1. 運動不安・痙孿 2. 運動異常 | | | | | |
| 2　体　　温 | 1. 摂氏３４度以下 | | | | | |
| 呼吸器  3  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. 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、血性便がある | | | | | |
| 5　黄　　疸 | 1. あり（強・中・弱）　　　　　⑵　なし | | | | | |
| その他の所見  （合併症の  有無等） |  | | | | | |
| 診療  予定期間 | 年　　月　　日　から　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 現在受けている  医療 | 安静  入院　　　　　通院  保育器の使用　　　　酸素吸入　　　　鼻腔栄養　　　　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  　　　　　　　　医療機関の名称  　　　　　　　　及び所在地  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |