

養育医療意見書

乳児氏名			生年 月日	年月日		
個人番号						
在胎週数	週(単胎／双胎(胎))	出生時の胎児	g			
症状の概要	一般状態	運動不安・痙攣 有・無				
		運動 正常・異常に少ない				
	体温	最高度、最低度				
	呼吸器・循環器系	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 每分 回	呼吸数増加の傾向			
			有・無			
		出血の傾向 有・無				
		嘔吐 有(1血性、2その他())、無				
	消化器系	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				
他の所見 (合併症の有無等)						
診療予定期間	年月日から 年月日まで					
現在受けている医療	1保育器の使用 2人工換気療法 3酸素吸入 4経管栄養 5持続静脈内注射 6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						
指定養育医療機関 郵便番号 所在地 名称 電話番号 医師氏名 印						