

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
在胎週数		満 週 （ 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 (2) 運動が異常に少ない		
	2. 体 温	(1) 摂氏 3 4 度以下		
	3. 呼 吸 器 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 5 0 以上で増加傾向 (4) 毎分 3 0 以下 (5) 出血傾向が強い		
	4. 消 化 器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない (2) 生後 4 8 時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物がある (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 (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		保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 鼻腔栄養 輸液 注射その他の医療		
症 状 の 経 過				
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関コード 所 在 地 〒 - 指定医療機関名 医 師 氏 名				

※医療機関コードを必ず記入してください。