

養育医療意見書

ふりがな					生 年 月 日								
氏 名					年 月 日								
居 住 地					出 生 の 場 所								
					1 自院	2 他院	3 その他						
出生時の体重		g	在胎週数	満 週	アップゲースコア	生後1分 点 生後5分 点							
主たる症状 (1つ選んでください)		1 極小未熟児	2 呼吸障害	3 仮死・無酸素症									
		4 先天異常	5 感染症	6 重症黄疸	7 その他								
症 状 の 概 要	1 一般状態	1 運動不安・けいれんがある。 2 運動が異常に少ない。											
	2 体 温	1 摂氏34度以下											
	呼 吸 器	1 強度のチアノーゼが持続している。		4 呼吸数が毎分30以下である。									
	3 循 環 器	2 チアノーゼ発作を繰り返す。		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。		3 血性吐物・血性便がある。									
	5 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)													
診療予定期間		年 月 日 から			年 月 日まで(予定)								
現 在 受 け て い る 医 療		1 保育器の使用	2 酸素吸入	3 人工呼吸器の使用									
		4 鼻くう栄養	5 輸液	6 交換輸血									
		7 光線療法	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													
医療機関コード		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
指定養育医療機関		所在地											
		名 称											
		医師氏名			印								

注意

- 1 本意見書の交付に当たっては、医事担当者を経由してください。
- 2 医療機関コードは、必ず記入してください。