

養 育 医 療 意 見 書					
ふりがな 氏名		性別	男・女	生年	年 月 日
		第	子	月 日	
居住地	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・けいれん (2) 運動異常			
	2 体 温	(1) 摂氏34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) (2) 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 日まで				
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 印					

【転院の場合は下記に理由を記入してください】