|  |
| --- |
| **養　育　医　療　意　見　書** |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　月　日 |
| 氏名 |  |
| 在胎週数 | 　週（単胎／多胎（　　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・けいれん(2)　運動が異常に少ない |
| 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)　呼吸数が毎分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 | 年　　月　　日から　　　　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　　経管栄養　　持続静脈内注射その他医療 |
| 症状の経過 |  |
| 上記のとおり診断する。　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称及び所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

備考　指定養育医療機関を転院する場合は、「症状の経過欄」へ転院を必要とする理由を記載してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）