

<b>養育医療意見書</b>						
ふりがな 氏名		性別	男女	生年月日	平成	年 月 日
居住地					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) 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時間以上おう吐が持続 (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	平成 年 月 日 から 平成 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						
上記のとおり診断する。						
平成 年 月 日						
指定養育医療機関の名称及び所在地						
医師氏名						印