

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	アップガースコア	生後1分 点							
						生後5分 点							
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。									
		3 呼吸数が毎分50以上で増加傾向にある。											
	4 消化器	1 生後24時間以上排便がない。		3 血性吐物がある。									
		2 生後48時間以上嘔吐が持続している。		4 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		4 経管栄養									
		2 人工換気療法		5 持続静脈内注射									
		3 酸素吸入		6 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"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
指定養育医療機関		所在地											
		名 称											
		医師氏名											

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。