

養育医療意見書

年 月 日

所在地
指定医療機関 名称
医師氏名

注意 □のある欄は、該当する箇所に✓印を付けてください。

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	在胎週数	週
住所					出生時体重	g	
症 状 の 概 要	一般状態	<input type="checkbox"/> 運動が異常に少なく、死んだように眠っている。 <input type="checkbox"/> 運動不安又はけいれんがある。 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い。					
	体温	<input type="checkbox"/> 体温が摂氏34度以下である。					
	呼吸器系	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼが持続している。 <input type="checkbox"/> 断続的なチアノーゼの間欠期に皮膚が異常にそう白か又は赤黒い。 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50を超えて増加の傾向があるか又は毎分30以下である。					
	消化器系	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上、排尿及び排便がない。 <input type="checkbox"/> 生後48時間以上、おう吐が持続している。 <input type="checkbox"/> 血性吐物又は血性便がある。					
	黄 だ ん	<input type="checkbox"/> 生後数時間以内に黄だんが現れるか又は異常に強い黄だんがある。 <input type="checkbox"/> 異様な泣き声又はうめき声を伴う黄だんがある。 <input type="checkbox"/> 粘土様無胆汁便を伴う黄だんがある。					
	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				医療費概算総額	円	
現在受けている医療	<input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 鼻くう栄養 <input type="checkbox"/> 注射その他の医療						
具体的な病状の経過							