

様式第3号

養育医療意見書				
ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
在胎週数		週(単胎/双胎(胎))	出生時体重	グラム
	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (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 その他の医療		
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				