

養育医療意見書

1 新規 2 継続

|  |   |   |          |                 |
|--|---|---|----------|-----------------|
| フリガナ<br>乳児氏名   |   | 男・女   | 生年<br>月日 | 年 月 日           |
| 在胎週数   | 週 (単胎/双胎/ ( 胎))                           |   |          | 出生時<br>の体重<br>g |
| 症<br>状<br>の<br>概<br>要  | 一 般 状 態                                   | (1) 運動不安・けいれん<br>(2) 運動が異常に少ない  |          |                 |
|  | 体 温                                       | (1) 摂氏 34 度以下   |          |                 |
|  | 呼 吸 器                                     | (1) 強度のチアノーゼ持続<br>(2) チアノーゼ発作を繰り返す<br>(3) 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向             |          |                 |
|  | 循 環 器                                     | (4) 呼吸数が毎分 30 以下<br>(5) 出血傾向が強い   |          |                 |
|  | 消 化 器                                     | (1) 生後 24 時間以上排便がない<br>(2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続<br>(3) 血性吐物がある<br>(4) 血性便がある |          |                 |
|  | 黄 疸                                       | (1) 生後数時間以内に発生<br>(2) 異常に強い   |          |                 |
|  | その他の所見<br>(合併症の有無等)                       |   |          |                 |
| 診 療 予 定 期 間<br>(継続診療予定期間)  | 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<br>持続静脈内注射 その他の医療 |   |          |                 |
| 症状の経過<br>(継続診療の理由)   |   |   |          |                 |
| 上記のとおり診断する。<br>年 月 日<br><br>医療機関の<br>名称及び所在地<br>電 話 番 号<br>医 師 氏 名 |   |   |          |                 |