

別記様式第 3 号

養育医療意見書

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
乳児氏名		居住地			
出生時の状態	在胎週数	週	出生時体重	グラム	単胎・多胎(胎)
症 状 の 概 要	1	一般状態	(1) 運動不安又はけいれん (2) 運動が異常に少ない	(具体的な状況を記入してください。)	
	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) 出血の傾向が強い		
	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) 血性吐物又は血性便がある		
	5	黄 疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い	血液ビリルビン濃度(最高値) (mg/dl)	
	その他の所見 合併症の有無等				
入院予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
現在受けている医療 具体的な症状があれば()内に記入してください	(1) 保育器の使用 有・無 人工換気療法・酸素吸入 (2) 補助呼吸 有・無 有の場合() (3) 栄養の摂取方法 経口栄養・経管栄養・中心静脈栄養・その他() (4) 持続静脈内注射・その他の医療()				
出生に至る経過 症 状 の 経 過	(1) 本院にて出生 (2) 他院にて出生(転院の理由)				
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定養育医療機関の名称 所在地 郵便番号 電話 担当医師の氏名					