

養育医療意見書

対象者	ふりがな				男・女	年 月 日生	
	氏名						
	住所	島本町			出生の場所		
					1 自院 2 他院 3 その他		
出生時の体重		グラム	在胎週数	満週	アプガー スコア	生後1分	点
						生後5分	点
主たる症状 (1つ選んでください)		1 極小未熟児 2 呼吸障害 3 仮死・無酸素症 4 先天異常 5 感染症 6 重症黄疸 7 その他					
症状の概要	1 一般状態	1 運動不安・けいれん 2 運動異常					
	2 体温	1 摂氏34度以下					
	3 呼吸器系 循環器系	1 強度のチアノーゼ持続 4 呼吸数が毎分30以下 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					
	4 消化器系	1 生後24時間以上排便がない 3 血性吐物・血性便がある 2 生後48時間以上嘔吐が持続					
	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		1 保育器の使用 2 酸素吸入 3 人工呼吸器の使用 4 鼻こう栄養 5 輸液 6 交換輸血 7 光線療法 8 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 医療機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 指定養育医療機関所在地 名称 医師氏名 ㊟							

(注) 1 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。
2 本意見書の交付にあたっては、医事担当課を経由してください。
その際、医療機関コードについては、必ず記入してください。