

養育医療意見書

ふりがな		性別	男・女	生年 月日	年 月 日
氏名					
住所地				出生時の体重	g

症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 ^{けいれん} (2) 運動異常
	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) 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 ^{おう} が持続 (3) 血性吐物・血性便がある
	5 黄 ^{だん} 疸	(1) あり (強・中・弱) (2) なし
	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	安静 入院 通院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療
-----------	--

治療に要する医療費見込額	円
--------------	---

症状の経過	
-------	--

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

担当医師の氏名