

(様式第3号)

養 育 医 療 意 見 書						
ふりがな 氏 名		性 別	男・女	生年月日	年 月 日	
在胎週数	週 日 (単胎/双胎 (胎))			出生時 の体重	グラム	
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安 けいれん (2) 運動が異常に少ない				
	2 体 温	(1) 摂氏 3 4 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 5 0 以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分 3 0 以下 (5) 出血傾向が強い				
	4 消 化 器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない (2) 生後 4 8 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						