|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養　育　医　療　意　見　書 | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | 性  別 | 男・女 | | 生年  月日 | 年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | |
| 在胎週数 | （単胎／双胎（　胎）） | | | 出生時の体重 | | | | ｇ |
| 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）　血性吐物がある  （４）　血性便がある | | | | | | |
| ５　黄だん | （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 | | | | 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  　　　　　　　　　指定医療機関の名称  所在地    　　　　　　　　　医師氏名 | | | | | | | | |