

養育医療意見書

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	令和 年 月 日		
居住地	〒□□□□ - □□□□ 大阪市 区				
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
症 状 の 概 要	1. 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (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 時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある			
	5. 黄疸	有〔生後 () 時間に発生〕	・無	強度	強・中・弱
	その他の所見 (合併症の有無等)				
診療予定期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日				
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				
症状の経過					
上記のとおり診断する。					
令和 年 月 日					
医療機関コード □□□□□□□□					
所在地 〒□□□□ - □□□□□□					
指定医療機関名					
医師氏名					

※医療機関コードを必ず記入してください。