

養育医療意見書

| | | | | | |
|---|----------------------------------|--|--------|--------|-------|
| ふりがな 氏名 | | 性 別 | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 居住地 | 富士河口湖町 | | | 在胎週数 | 週 日 |
| 保護者名 | 該当児の氏名が未定の場合に記載 | | | 出生時の体重 | g |
| 症 状 の 概 要 | ※ 下記の症状で未熟性に起因する項目があれば○をつけてください。 | | | | |
| | 1 一般状態 | (1) 運動不足・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 | (1) あり(強) 1 交換輸血(実施・未実施) 2 光線療法(実施・未実施) | | | |
| | 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 | | | | | |
| 症状の 経過 | | | | | |
| 上記のとおり診断する。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 医療機関名称 所在地 医師氏名 印 </div> | | | | | |