

養 育 医 療 意 見 書

ふりがな		性	男	生年			
氏名		別	女	月日		年	月 日生
住所							
在胎週数	週	日	出生時 の体重	g	出生 子数	単・双・多	
症状の概要 (該当する□に ださい。) 印を記入して く	一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安・痙攣がある					
		<input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない					
	体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下					
		呼吸器 循環器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続				
	<input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す						
	<input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向						
	<input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下						
	<input type="checkbox"/> 出血傾向が強い						
	消化器	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない					
		<input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続					
		<input type="checkbox"/> 血性嘔吐・血性便がある					
	黄疸	<input type="checkbox"/> 生後()時間以内に発生					
<input type="checkbox"/> 異常に強い黄疸							
その他の所見・症状の経過							
現在受けている医療		<input type="checkbox"/> 保育器の使用		<input type="checkbox"/> 酸素注入			
		<input type="checkbox"/> 経管栄養		<input type="checkbox"/> 光線療法			
		<input type="checkbox"/> 注射その他の医療					
診療予定期間		年 月 日から 年 月 日まで					
上記の概要から、母子保健法第6条第6項に規定する未熟児であつて、入院療養が必要であると診断します。							
年 月 日							
所在地							
指定養育医療機関							
名 称							
医師氏名							
印							