

養 育 医 療 意 見 書							
ふりがな		性	男	生年	年 月 日生		
氏名		別	女	月 日			
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✓印を記入してください。）	一般状態	☐ 運動不安・痙攣がある					
		☐ 運動が異常に少ない					
	体温	☐ 摂氏 3 4 度以下					
		呼吸器 循環器	☐ 強度のチアノーゼ持続				
	☐ チアノーゼ発作を繰り返す						
	☐ 呼吸数が毎分 5 0 以上で増加傾向						
	☐ 呼吸数が毎分 3 0 以下						
	☐ 出血傾向が強い						
	消化器		☐ 生後 2 4 時間以上排便がない				
		☐ 生後 4 8 時間以上嘔吐が持続					
		☐ 血性嘔吐・血性便がある					
	黄 疸	☐ 生後（ ）時間以内に発生					
		☐ 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		☐ 保育器の使用 ☐ 酸素注入				
			☐ 経管栄養 ☐ 光線療法				
☐ 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							