

養育医療意見書（新規・継続）						
ふりがな			性 別		生 年 月 日	年 月 日
氏 名						
居 住 地						
出 生 時 の 体 重	g	在 胎 週 数	満 週	アプガース コア	生後1分 点 生後5分 点	出 生 時 の 場 所 自院・他院・その他
出生時の体重が 2,000 g を 超 え る 場 合 の 未 熟 性 に 係 る 所 見		生活力が特に薄弱であると認められるか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
		上記診断に係る所見				
主 た る 病 状 (い ず れ か 一 つ を 選 択)		<input type="checkbox"/> 極小未熟児 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 仮死・無酸素症 <input type="checkbox"/> 先天異常 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 重症黄疸 <input type="checkbox"/> その他 ()				
症 状 の 概 要	1 一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安・痙攣 <input type="checkbox"/> 運動異常				
	2 体 温	<input type="checkbox"/> 摂氏 34 度以下				
	3 呼 吸 器 循 環 器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分 30 以下 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向				
	4 消 化 器	<input type="checkbox"/> 生後 24 時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 血性吐物・血性便がある <input type="checkbox"/> 生後 48 時間以上嘔吐が持続				
	5 黄 疸	<input type="checkbox"/> 有（強・中・弱）〔生後（ ）時間に発生〕 <input type="checkbox"/> 無				
	そ の 他 所 見 (合併症の有無等)					
診 療 予 定 期 間		診 療 開 始 （ 継 続 ） 日			年 月 日	
		診 療 終 了 見 込 日			年 月 日	
現 在 受 け て い る 医 療		<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 注射その他の医療				
症 状 の 経 過 等 参 考 事 項						
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定養育医療機関 の名称及び所在地 担当医師の氏名						