

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 痘	<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							