

様式第3号(第4条関係)

| 養育医療意見書 | | | | | |
|---|---|---|-----|------|--|
| 乳児氏名 <small>ふりがな</small> | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 居住地 | 〒 | | | | 出生時の体重 グラム (在胎週数 週 日) 単胎/双胎(胎) |
| 症状の概要 | 1 一般状態 | <input type="checkbox"/> 運動不安・けいれん <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない | | | |
| | 2 体温 | 摂氏34度以下 | | | |
| | 3 呼吸器 循環器 | <input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼが持続する。 <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以上で増加傾向にある。 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下である。 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い。 | | | |
| | 4 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している。 <input type="checkbox"/> 血性吐物がある。 <input type="checkbox"/> 血性便がある。 | | | |
| | 5 黄疸 | <input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> 異常に強い | | | |
| 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 | 保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 その他の医療 | | | | |
| 症状の経過 | | | | | |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称 及び所在地</p> <p style="text-align: center;">郵便番号 住所 電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 印</p> | | | | | |