

# 養育医療意見書

県番号	点数表	医療機関コード

本人氏名		男女	生年月日	年 月 日
本人住所			出生時の 体 重	グラム

症 状 の 概 要	一 般 状 態	運動不安で痙攣がある。 運動異常がある。
	体 温	摂氏34度以下である。
	呼 吸 器 循 環 器	強度のチアノーゼが持続している。 チアノーゼ発作を繰り返す。 呼吸数が毎分50以上で増加傾向がある。 呼吸数が毎分30以下である。 出血傾向が強い。
	消 化 器	生後24時間以上排尿、排便がない。 生後48時間以上嘔吐が持続している。 血性吐物、血性便がある。
	黄 疸	ある。( 強 中 弱 ) ない。
	その他の所見 (合併症等)	

診 療 予 定 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
-------------	-------------------

現在受けている治療	安 静 入 院 通 院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療 ( )
-----------	---

症 状 の 経 過	
-----------	--

上記のとおり診断します。	
年 月 日	
指定機関 名 称	
所在地	
医 師 氏 名	印