

養育医療意見書

1 新規 2 継続

フリガナ							
乳児氏名				男 ・ 女	生 年 月 日	年	月 日
居 住 地	藤沢市						
在胎週数	(単胎/双胎(胎))				出生時 の体重	g	
症 状 の 概 要	一 般 状 態	(1) 運動不安・けい攣 (2) 運動が異常に少ない					
	体 温	(1) 摂氏 34度 以下					
	呼 吸 器	(1) 強度のチアノーゼ持続 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向					
	循 環 器	(4) 呼吸数が毎分30以下 (5) 出血傾向が強い					
	消 化 器	(1) 生後24時間以上排便がない (2) 生後48時間以上嘔吐が継続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある					
	黄 疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い					
その他の所見 (合併症の有無等)							
診 療 予 定 期 間 (継続診療予定期間)	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 (継続診療の理由)							
<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</p> <p style="text-align: center;">名 称 及 び 所 在 地</p> <p style="text-align: center;">郵便番号及び電話番号</p> <p style="text-align: center;">医 師 氏 名</p>							