

養育医療意見書（新規・継続）					
ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
在胎 週数	( 単胎/双児 ( ) 胎 )			出生時の 体重	g
アプガー スコア	生後1分 点	出生時の場所	□自院 □他院 □その他		
	生後5分 点				
出生時の体重が 2,000g 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 □はい □いいえ			
		上記診断に係る所見			
主たる症状 (いずれか1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"/> 運動が異常に少ない			
	2 体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下			
	3 呼吸器 循環器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼが持続 <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"/> 血性吐物がある <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続 <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)				
診察 (継続) 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"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> その他の医療 ( )				
症状の経過又は継続の理由					
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					