

養育医療意見書

養育医療意見書					
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
氏名					
住所	富津市				
在胎週数	週 日	出生時の体重	g	出生子数	単・双・多
症状の概要 (該当する□に✓印を記入してください。)	一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安・けいれんがある			
		<input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない			
	体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下			
	呼吸器循環器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続			
		<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			
		<input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下			
		<input type="checkbox"/> 出血傾向が強い			
	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			
		<input type="checkbox"/> 血性嘔吐・血性便がある			
	黄疸	<input type="checkbox"/> 生後()時間以内に発生			
		<input type="checkbox"/> 異常に強い黄疸			
	その他の所見・症状の経過				
	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"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 注射その他の医療			
診療予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
上記の概要から、母子保健法第6条第6項に規定する未熟児であって、入院療養が必要であると診断します。					
年 月 日					
指定療育医療機関 所在地 名称 医師氏名					
					印