

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 特別養育医療意見書 (交換輸血) </div>										
ふりがな				性別	男・女	生年月日	年 月 日生			
氏名				性別	男・女	生年月日	年 月 日生			
居住地	札幌市 区					出生時の体重	g			
血液型	A B O 式	本人	型	父	型	母	型	型		
	R h 式		R h () 型		R h () 型		R h () 型	R h () 型		
症状の概要	体温	最高 () 度 最低 () 度		運動	正常 異常に少ない					
	チアノーゼ	持続している 断絶している (間けつ期の皮膚の色は 1. 正常 2. 蒼白又は赤黒い) 無								
	呼吸数	毎分 () 回		呼吸数増加の傾向 有 ・ 無						
	おうと	有(1. 血性 2. その他) ・ 無								
	黄だん	有[生後() 時間に発生] ・ 無				強度(強・中・弱)				
	便の症状	1. 正常便 2. 血性便 3. 粘土様無胆汁便 4. その他								
	全身状態	うとうとする からだがだらりとする 乳を飲まない 弓なりになる けいれんを起こす								
その他の所見 (合併症の有無等)										
必要とする医療	閉鎖式保育器の使用		要 ・ 不要			酸素吸入		要 ・ 不要		
	鼻腔栄養		要 ・ 不要			注射その他の医療		要 ・ 不要		
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	安静 入院 通院 往診 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										
<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;">医師氏名 ⑩</p>										