

| 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 | | | | | | | |
| 居住地 | 札幌市 | | | | 出生時の体重 g | | |
| 症状の概要 | 一般症状 | 体温 | 最高度 | 最低度 | 出血の傾向 | 有・無 | |
| | | 運動 | 正常 異常に少ない | | 痙攣 | 有・無 | |
| | 呼吸器系 | チアノーゼ | 持続している 断続している (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 | |
| | 消化器系 | 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) | |
| | | 生後24時間以内の排尿 | | 有・無 | 生後24時間以内の排便 | | 有・無 |
| | | 便の症状 | | (1)正常便 | (2)血性便 | (3)粘土様無胆汁便 | (4)その他 |
| | 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 通院 | 入院 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 印</p> | | | | | | | |