

特別養育医療意見書 (交換輸血)								
ふりがな				性別	男・女	生年月日	年 月 日生	
氏名								
居住地	札幌市 区				出生時の 体重			
血液型	A B O式	本人	R h ()型	父	R h ()型	母	R h ()型	
	R h 式							
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 断続している (間けつ期の皮フの色は 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								
上記のとおり診断する。								
年 月 日								
医療機関の名称及び所在地								
医師氏名						印		