

養育医療意見書

本人	氏名	男・女	生年月日 令和 年 月 日	出生時の体重 g
	住所 大洗町			
症状の概要	一般状態	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	運動 有 ・ 無	
	呼吸器系	チアノーゼ 持続している 無 断続している。(間けつ期の皮膚の色, 1正常, 2蒼白又は赤黒)		
		呼吸数 毎分 回	呼吸数増加の傾向 有 ・ 無	
	消化器系	嘔吐 有(1血性, 2その他()), 無		
		生後24時間以内の排尿 有 ・ 無	生後24時間以内排便 有 ・ 無	
		便の性状 1正常便, 2血性便, 3粘土様胆汁便, 4その他()		
		黄疸 有(生後 時間に発生), 無	強度 強・中・弱	
	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		注射その他の治療 要 ・ 不要		
診療予定期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで				
現在受けている医療 1安静, 2入院, 3通院, 4往診, 5保育器の使用, 6酸素吸入, 7鼻腔栄養, 8注射その他の医療				
症状の経過				
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 指定医療機関の名称及び所在地 医師氏名 印				