

養育医療意見書

(吹 田 市)

ふりがな		性 別	生年月日										
氏 名		男・女	令和 年 月 日										
居 住 地													
出生時の体重	在胎週数	アプガースコア	出生の場所										
g	満 週 日 (単胎/双胎【 】胎)	生後1分 点 生後5分 点	(1)自院 (2)他院 (3)その他										
主たる症状 (1つ選んでください)	(1)極小未熟児 (2)呼吸障害 (3)仮死・無酸素症 (4)先天異常 (5)感染症 (6)重症黄疸 (7)その他												
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1)運動不安・痙攣 (2)運動が異常に少ない											
	2 体 温	(1)摂氏34度以下											
	3 呼吸器 循環器	(1)強度のチアノーゼ持続 (4)呼吸数が毎分30以下 (2)チアノーゼ発作を繰り返す (5)出血傾向が強い (3)呼吸数が毎分50以上で増加傾向											
	4 消化器	(1)生後24時間以上排便がない (3)血性吐物がある (2)生後48時間以上嘔吐が持続 (4)血性便がある											
	5 黄 疸	(1)生後数時間以内に発生 (2)異常に強い											
	その他の所見 (合併症の有無等)												
診療予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで												
現在受けている治療	(1)保育器の使用 (2)人工換気療法 (3)酸素吸入 (4)経管栄養 (5)持続静脈内注射 (6)その他の医療												
症状の経過													
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日													
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">医療機関コード</td> <td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>				医療機関コード									
医療機関コード													
指定養育医療機関 所在地 _____ 名 称 _____ 医 師 氏 名 _____ 医 事 課 担 当 _____													

(注) ・本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。  
 ・本意見書の交付にあたっては、医事担当者を経由してください。  
 ・医療機関コードは、必ず記入してください。