

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

医療機関コード									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定養育医療機関

所 在 地 _____

名 称 _____

医 師 氏 名 _____ (印)

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。