

様式第 4 号

| 養育医療意見書                                                                          |                                                       |                                                                                                  |     |                |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|-------|
| ふりがな                                                                             |                                                       | 性別                                                                                               | 男・女 | 生年月日           | 年 月 日 |
| 氏 名                                                                              |                                                       |                                                                                                  |     |                |       |
| 在胎週数                                                                             | (単胎／双胎 ( 胎 ) )                                        |                                                                                                  |     | 出 生 時<br>の 体 重 | グラム   |
| 症<br>状<br>の<br>概<br>要                                                            | 1 一 般 状 態                                             | (1) 運動不安・けいれん<br>(2) 運動が異常に少ない                                                                   |     |                |       |
|                                                                                  | 2 体 温                                                 | 摂氏 3 4 度以下                                                                                       |     |                |       |
|                                                                                  | 3 呼 吸 器<br>循 環 器                                      | (1) 強度のチアノーゼ持続<br>(2) チアノーゼ発作を繰り返す<br>(3) 呼吸数が毎分 5 0 以上で増加傾向<br>(4) 呼吸数が毎分 3 0 以下<br>(5) 出血傾向が強い |     |                |       |
|                                                                                  | 4 消 化 器                                               | (1) 生後 2 4 時間以上排便がない<br>(2) 生後 4 8 時間以上嘔吐が持続<br>(3) 血性吐物がある<br>(4) 血性便がある                        |     |                |       |
|                                                                                  | 5 黄 疸                                                 | (1) 生後数時間以内に発生<br>(2) 異常に強い                                                                      |     |                |       |
|                                                                                  | その他の所見<br>(合併症の有無等)                                   |                                                                                                  |     |                |       |
| 診 療 予<br>定 期 間                                                                   | 年 月 日 から 年 月 日 まで                                     |                                                                                                  |     |                |       |
| 現 在 受<br>け て い<br>る 医 療                                                          | 保育器の使用    人工換気療法    酸素吸入    経管栄養    持続静脈内注射<br>その他の医療 |                                                                                                  |     |                |       |
| 病 状 の<br>経 過                                                                     |                                                       |                                                                                                  |     |                |       |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 の 名 称<br/>及 び 所 在 地 〒</p> <p>医師氏名</p> |                                                       |                                                                                                  |     |                |       |