

養育医療意見書					
ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
本人氏名		第	子		
居住地	〒 福岡市 区	電話		出生時体重	g
				在胎週数	週
症 状 の 概 要  (該当するものに○を入れて下さい)	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (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 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分30以下 (5) 出血傾向が強い			
	4 消化器	(1) 生後24時間以上排便がない (2) 生後48時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある			
	5 黄疸	(1) 生後数時間内に現れる (2) 異常に強い黄疸がある			
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 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					
上記のとおり診断します。  年 月 日  医療機関の名称 及び所在地  医 師 氏 名					