

養育医療意見書

1. 新規 2. 継続

ふりがな		性別	男・女	生 月	年 日	令和 年 月 日
氏 名						
住 所	横須賀市			出生時 の体重	グラム	

症 状 の 概 要	一 般 状 態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動異常
	体 温	(1) 摂氏 34 度以下
	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
	消 化 器	(1) 生後 24 時間以上排便がない (2) 生後 48 時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある
	黄 疸	(1) あり (強・中・弱) (2) なし
	その他の所見 (合併症の有無等)	

診 療 予 定 期 間 (継続診療予定期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
---------------------------	------------------------

現在受けている医療	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 (継続診療の理由)	
------------------------	--

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
医師氏名

印