

養育医療意見書								
患者氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日				
居住地	小平市	出生時の 体 重		グラム				
症 状 の 概 要	1 一般状況	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動異常						
	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 (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時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある						
	5 黄 だ ん	(1) あり（強・中・弱） (2) なし						
	その他の所見 (合併症の有無等)							
診定 療期 予間	年 月 日 から 年 月 日 まで							
現 在 受 け て 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 経 状 の 過								
上記のとおり診断する。								
診 断 年 月 日	年 月 日							
指定医療機関名 及び所在地	〒 ー 医療機関コード <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>							
診療科及び医師氏名	科			⑩				