

養 育 医 療 意 見 書						
ふりがな			性別	男・女	生年月日	令和 年 月 日生
氏名						
住所	木更津市					
在胎週数	週 日	出生時の体重	g	出生子数	単・双・多	
症状の概要 (該当する□に✓印を記入してください。)	一般状態		<input type="checkbox"/> 運動不安・痙攣がある			
			<input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない			
	体温		<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下			
	呼吸器 循環器		<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続			
			<input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す			
			<input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向			
			<input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下			
			<input type="checkbox"/> 出血傾向が強い			
	消化器		<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない			
			<input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続			
			<input type="checkbox"/> 血性嘔吐・血性便がある			
	黄疸		<input type="checkbox"/> 生後（ ）時間以内に発生			
			<input type="checkbox"/> 異常に強い黄疸			
	その他の所見 ・症状の経過					
	現在受けている医療		<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 注射その他の医療			
診療予定期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで				
<p>上記の概要から、母子保健法第6条第6項に規定する未熟児であって、入院療養が必要であると診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関 所在地 名 称 医師氏名 印</p>						