

第6号様式(第8条関係)

養育医療意見書				
本人	ふりがな 氏名		性別	
	生年月日	年 月 日生		
在胎週数		(単胎/双胎(胎))	出生時の 体重	グラム
症 状 の 概 要	1 一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安・痙れん <input type="checkbox"/> 運動異常		
	2 体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下		
	3 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"/> 毎分30以下 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い		
	4 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"/> 血性吐物・血性便がある		
	5 黄疸	<input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> 異常に強い		
	その他の所見 (合併症の有無等)			
診療予定期間		年 月 日～ 年 月 日		
現在受けて いる医療	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> その他の医療()			
症状の経過				
上記のとおり診断する。 年 月 日 千 医療機関所在地 名称 電話番号 担当医師名				