

養育医療意見書 (初 回 ・ 転 院)

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
氏名				
在胎週数		週 (単胎 / 双胎()胎)		出生時の体重 g
症 状 の 概 要	1 一般状態	1 運動不安・痙攣 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 強度のチアノーゼが持続 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 血性吐物がある 4 血性便がある		
	5 黄疸	1 生後数時間以内に発生 2 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 から 年 月 日			
現在受けている医療	保育器の使用 経管栄養	人工換気療法 持続静脈内注射	酸素吸入 その他の医療	
症状の経過 (具体的に)				
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関 所在地 名 称 電 話 番 号 医 師 氏 名</p>				

備考 1 「症状の概要」の欄には、該当する番号及び事項を○で囲み、必要事項を記載すること。
2 転院申請の場合には、「症状の概要」の欄、「診療予定期間」の欄及び「現在受けている医療」の欄に転院が必要と認められた時点での状況を記入すること。また、「症状の経過」の欄に転院を必要とする理由を記載すること。