

未 熟 児 養 育 医 療 意 見 書					
本人	ふりがな		性別	生年月日	年 月 日
	氏名		男・女		
居住地	〒 区 神戸市			在胎週数	週
				出生時の体重	グラム
症 状 の 概 要 (該当するものに○を入れてください)	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・血性便がある			
	5 黄 疸	(1) 生後数週間以内に発生 (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 まで (最長で、1歳の誕生日の前々日までを対象とします。)			
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					
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 指定養育医療機関 所在地 名 称 担当医師氏名					

※ 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。