

様式第4号（第3条関係）

養育医療意見書

ふりがな	しもつけ たろう		性別	男・女	生年月日	平成25年1月1日
本人氏名	下野 太郎		居住地	栃木県下野市田中681-1		
出生時の状態	在胎週数	25週	出生時体重	1020グラム		単胎・多胎（胎）
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 出生時の状況、体重を確認		(具体的な状態) 申請書と同様の内容か確認		
	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		浅い呼吸をくり返し、増加傾向 該当する症状に○、具体的な症状の記載を確認		
	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) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い		血液ビリルビン濃度（最高値） (mg/dl)		
	その他の所合併症の有無等	未熟児網膜症を併発		合併症があれば記載		治療期間、現在の医療の状況を記載する。治療期間は1年以内。
入院予定期間	平成25年1月1日 ~ 平成25年8月31日					
現在受けている医療 具体的な症状があれば ()内に記入して下さい	(1) 保育器の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無		人工換気療法・ <input checked="" type="checkbox"/> 酸素吸入			
	(2) 補助呼吸 <input type="checkbox"/> 有・無		有の場合 ( )			
	(3) 栄養の摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口栄養・ <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養・ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・その他 ( )					
	(4) 持続静脈内注射・その他の医療 ( )					
出生に至る経過 症状の経過	(1) 本院にて出生 (2) 他院にて出生 (転院理由 <input checked="" type="checkbox"/> 未熟児及び未熟児網膜症の治療のため )		他院で出生した場合は、転院理由を記載			
上記のとおり診断する。 平成25年1月1日	指定養育医療機関の名称及び所在地		×××病院			
	郵便番号		000-0000			
	電話番号		000-0000-0000			
	担当医師氏名		○□ △×		<input checked="" type="checkbox"/> 印	
嘱託医確認欄	確認日	平成	年	月	日	判定結果
						決定 ・ 却下