

柏市長あて

柏市養育医療意見書

ふりがな			男・女	生年 月日	年 月 日生
氏名					
住所	柏市				
在胎週数	第 週 日	出生時の体重	g	出生子数	単・双・多
症 状 の 概 要	一般症状	体温	1 安定している 2 不安定	哺乳力	1 正常 2 低下
		体動	1 活発である 2 不活発	痙攣	1 なし 2 あり
		筋緊張	正常・異常 (1 亢進 2 低下)		
	循環器系	チアノーゼ	なし・あり (1 断続している 2 持続している)		
		呼吸状態	正常・異常	(1 無呼吸発作 _{しん} 2 多呼吸 3 呻吟 4 陥没呼吸)	
	黄疸	なし・あり (強・中・弱, 生後 [] 時間に発生)			
その他の 所見, 症状の経過					
現在受けている医療	1 保育器の使用 2 鼻腔栄養 3 酸素吸入 4 人工呼吸 5 光線療法 6 注射その他の医療				
診療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで				

上記のとおり診断します。

年 月 日

所在地

指定養育医療機関 名称

医師氏名

(自署しない場合は記名押印)