

養育医療継続の意見書

患者氏名		出生時体重	グラム
生年月日	年 月 日	現在の体重	月 日現在 グラム

一般 状況	1 チアノーゼの有無	無・有（所見）
	2 呼吸の異常の有無	無・有（所見）
	3 消化器系統の異常の有無	無・有（所見）
	4 黄疸の有無	無・有（所見）

その他の所見(合併症の有無等)	
-----------------	--

必要とする 医療の内容	保育器の使用	要・不要
	酸素吸入	要・不要
	鼻腔栄養	要・不要
	注射その他の医療	要・不要

継続を必要とする内容	年 月 日 から 年 月 日まで
------------	------------------

今後の見通し	
--------	--

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関

担当医師名

(自署又は記名捺印)