

(様式第2号)

養育医療意見書					
ふりがな氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
居住地					
未熟児の概要	在胎週数	週 日	出生体重	グラム	
	児の状態	1 出生時体重 2,000グラム以下 2 在胎週数 35週未満 3 先天異常 育成医療の適用でないもの 4 重症仮死 5 呼吸不全 6 重症黄疸 7 低血糖 8 痙攣その他神経学的異常 9 その他未熟性に起因する異常			
	主たる問題点とその経過				
診療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで				
上記のとおり診断する。 年 月 日  医療機関の名称及び所在地 医師氏名 (印) (記名押印又は署名)					