

様式第 2 号 (第 4 条関係)

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		
		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 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)						