

|                            |                 |                                                                |     |      |                         |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------|-----|------|-------------------------|
| 養 育 医 療 意 見 書              |                 |                                                                |     |      |                         |
| ふりがな                       |                 | 性別                                                             | 男・女 | 生年月日 | 令和      年      月      日 |
| 氏 名                        |                 |                                                                |     |      |                         |
| 居 住 地                      |                 |                                                                |     |      |                         |
| 未<br>熟<br>児<br>の<br>概<br>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, 0 0 0 グラム以下                                  |     |      |                         |
|                            |                 | 2      在胎週数   3 5 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<br>とその経過 |                                                                |     |      |                         |
| 診療予定期間                     |                 | 令和      年      月      日    から    令和      年      月      日    まで |     |      |                         |
| 上記のとおり診断する。                |                 |                                                                |     |      |                         |
| 令和      年      月      日    |                 |                                                                |     |      |                         |
| 医療機関の名称<br>及 び 所 在 地       |                 |                                                                |     |      |                         |
| 医 師 氏 名                    |                 |                                                                |     |      |                         |
| 印                          |                 |                                                                |     |      |                         |
| (記名押印又は署名)                 |                 |                                                                |     |      |                         |