

様式第2号(第6条関係)

熊取町がん患者在宅療養生活支援事業医師意見書

対象者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	熊取町
病名		
注意事項等		
<p>上記の方は医学的知見に基づく回復の見込みがない状態（末期）に至ったと判断いたします。</p> <p>（判断年月日： 年 月 日）</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名</p>		

※要介護認定の特定疾病の診断基準に準じます。

必要に応じて、治療状況や病状について問い合わせる場合があります。