

様式第2号（第7条関係）

小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
氏名			
住所			
病名			
支援を行う際に配慮すべき事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、磐田市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成要綱第3条第3号に掲げる要件に該当し、がんにより対象サービスを利用し得る状態であると判断できる。</p>			
<p>磐田市長</p>			
<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p>			
<p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p>			
<p style="text-align: right;">医師名 _____（署名又は記名押印）</p>			
<p style="text-align: right;">連絡先 _____</p>			

（参考）

磐田市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成要綱
第3条第3号 がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者であって、医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断されたもの