

様式第2号（第5条関係）

医 師 意 見 書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名		年 齡	歳
住 所			
病 名			
注意事項等			
<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、大河原町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第2条第2号に掲げる要件に該当する者と判断できる。</p> <p>大河原町長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号 _____</p> <p style="text-align: right;">医 師 名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">（自署の場合は押印省略可）</p>			

大河原町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第2条第2号（抜粋）
 医師が一般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したがん患者であること。