

この様式は、主治医に渡し記入してもらってください。

第2号様式

松戸市若年がん患者在宅療養支援事業の利用に係る主治医意見書

フリガナ	緑色の枠内は、主治医または医療機関担当者にてご記入ください。		
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
病名			
特記事項等			
<p>上記の者は、がん（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ことにより治癒を目的とした治療を行わず、介護保険法の第2号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受ける状態と同等）だと判断できる。</p> <p>松戸市長 宛</p> <p>緑色の枠内は、主治医または医療機関担当者にてご記入ください。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医師名（自署又は記名押印）</p> <p style="text-align: center;">ゴム印を使用する場合は、朱印も併せて押印ください。</p> <p>_____</p>			

支援事業の実施に当たり、必要がある時は、上記の医療機関に問い合わせをすることがありますのでご了承ください。