様式第２号(第６条関係)

幸手市若年者在宅ターミナルケア支援事業意見書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 住　所 |  |
| 病名 | 　（診断日） |
| 症状注意事項等 |  |
| （あて先）幸手市長　上記の者は　　　　年　　　月時点でがん末期（※１）と診断できる。　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　医療機関　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　 （自著又は押印） |

※１　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したものに限る