

様式第2号（第5条関係）

意見書（小山市在宅ターミナルケア支援事業）

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏 名			
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、小山市在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第2条第3号に掲げる要件に該当するものと判断できる。</p> <p>（あて先） 小山市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____ (印)</p>			

※ 小山市在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第2条第3号：がん患者（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ものに限る。）