

様式2

大川市小児・若年者がん患者在宅療養生活支援事業主治医意見書

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、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。</p> <p>大川市長 殿</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;">医 師 名 _____ 印</p>			

※ 介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。