

医 師 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、がん（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）と判断できる（※）。</p> <p>（宛 先） 桐 生 市 長</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関住所 _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師名（自署） _____</p>			

※介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。