

様式第 1 号（第 3 条関係）

蕨市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
症状・注意事 項等			
上記の者は、____年__月時点で罹患しているがんの症状が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できる。 蕨市長あて 年 月 日 医療機関名_____ 医師名_____ ※自署でない場合は押印してください。			