

医 師 の 意 見 書

ふりがな		生年	年 月 日生
氏 名		月日	(歳)
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、「三島市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要領」第3条第2項に掲げる要件（下記【参考】欄）に該当し、がんにより在宅療養に必要なサービスを利用し得る状態であると判断する。</p> <p style="text-align: center;">三島市長 あて</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">（記名押印または署名）</p>			

【参 考】
「三島市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要領」
（対象者）

第3条 本事業の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- （1） 市内に住所を有する者
- （2） がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（医師に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された者）であること
- （3） 対象サービス利用時に、40歳未満であること