

大阪市若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる意見書

|                                                                                                                                                                                                                               |       |       |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------------|
| ふりがな                                                                                                                                                                                                                          |       | 生年月日  | 年    月    日生 |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                            |       |       |              |
| 住所                                                                                                                                                                                                                            |       |       |              |
| 病名<br>及び<br>診断年月日                                                                                                                                                                                                             | 病   名 | 診断年月日 |              |
|                                                                                                                                                                                                                               |       |       |              |
| 特記事項                                                                                                                                                                                                                          |       |       |              |
| <p>上記の者は、一般的に認められている医学的知見に基づき、がん（介護保険法の第 2 号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受ける状態と同等）と判断できる。</p> <p>大阪市長    あて</p> <p>年    月    日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>住    所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医師名 _____ 印 _____</p> <p>（自署の場合は押印不要）</p> |       |       |              |