

和泉市若年者在宅ターミナルケア支援事業に係る意見書

ふりがな		生年	
氏名		月日	年 月 日生
住所			
病名			
注意事項等			

上記の者は、下記に示す医学的知見に基づき、回復の見込みが無い状態（末期）に至ったと判断できる。

悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態にあるもの。①② いずれかに○をつけてください。

- ① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの
- ② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像検査など）等で進行性の性質を示すもの。

和泉市長 様

令和 年 月 日

医療機関名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

医 師 名 _____ 印