様式第２号（第５条関係）

意見書（日光市在宅ターミナルケア支援事業）

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年<br>月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>注意事項等</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、日光市在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第２条第３号に掲げる要件に該当するものと判断できる。

日光市長　　様

年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※　日光市在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第２条第３号：末期がん患者（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した者）